



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de
Enfermagem

FATORES INERENTES À IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO *MIDWIFE
LED CARE* NA VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL DA GRAVIDEZ DE BAIXO
RISCO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Carla Celeste da Silva Ribeiro Oliveira

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

**FATORES INERENTES À IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO *MIDWIFE
LED CARE* NA VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL DA GRAVIDEZ DE BAIXO
RISCO NO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE**

**INHERENT FACTORS IN THE IMPLEMENTATION OF THE
MIDWIFE LED CARE MODEL IN PRENATAL SURVEILLANCE OF
LOW-RISK PREGNANCY IN THE NATIONAL HEALTH SERVICE**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Paula Prata e
coorientada pela Mestre Andreia Gonçalves

Carla Celeste da Silva Ribeiro Oliveira

“Seja a mudança que quer ver no mundo.”

Mahatma Gandhi

Dedico este trabalho a todos aqueles que estiveram ao meu lado durante esta jornada de
aprendizagem e descobertas.

Aos meus familiares, cujo amor incondicional e apoio constante foram fundamentais para a
minha realização pessoal e acadêmica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares por estarem sempre presentes, compartilhando as alegrias e os desafios que encontrei ao longo do caminho. Ao meu marido Pedro e aos meus filhos muito amados, Tiago, André e Sofia, por toda a paciência e compreensão durante esta etapa da minha vida.

À minha orientadora Prof^a Doutora Ana Paula Prata cuja sabedoria, orientação e paciência foram essenciais para o desenvolvimento deste trabalho. As suas palavras de encorajamento e o seu compromisso com a minha formação académica foram fundamentais para o meu crescimento como investigadora.

À minha coorientadora Andreia Gonçalves pelo convite em participar num projeto tão aliciante, emocionante. O seu apoio, preocupação com a minha saúde e bem-estar, motivaram-me a não desistir, a ser melhor.

Aos meus amigos e colegas de estudo, agradeço por todos os momentos compartilhados, desde as discussões académicas até às pausas para descontrair. Vocês tornaram esta jornada mais leve e enriquecedora, proporcionando um ambiente de apoio e incentivo mútuo.

À minha amiga Sylvie, companheira na formação académica, por todo o apoio e por acreditar em mim.

Ao Dr. José Carlos Leitão, médico com quem formo a equipa de saúde, por toda a disponibilidade, paciência e, por me ajudar a acreditar nas minhas potencialidades.

À instituição em que realizei este mestrado, expresso a minha gratidão por fornecer as ferramentas e recursos necessários para o desenvolvimento desta pesquisa. Agradeço também aos professores, colaboradores e funcionários, que contribuíram para a minha formação e para a construção de um ambiente académico estimulante.

A todos os que colaboraram e acreditaram na realização deste projeto.

RESUMO

O modelo *midwife-led care* é centrado na mulher e tem como ponto basilar a premissa de que a gravidez e o parto são eventos normais da vida (ICM, 2017). Este modelo proporciona à mulher formação, aconselhamento, cuidados pré-natais adaptados às suas necessidades específicas e continuidade de cuidados, defendendo a minimização de intervenções e, encaminhando as mulheres em caso de complicações.

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica são profissionais com formação especializada, capazes de prestar cuidados durante toda a gestação, parto e pós-parto (WHO, 2018).

Vários estudos, entre os quais o de Sandall et al. (2016), sugerem que o modelo está associado a múltiplos benefícios tanto para as mães como para os bebés, não tendo sido identificados efeitos adversos em comparação com modelos de assistência médica ou de cuidados partilhados.

Este estudo tem como finalidade contribuir para um projeto que visiona a implementação do modelo *midwife-led care* na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal, tendo sido definidos como objetivos o desenvolvimento e validação de um instrumento que permita analisar a perspetiva dos *stakeholders* sobre a implementação do modelo em Portugal, assim como testar o instrumento na identificação das barreiras e fatores facilitadores à implementação do modelo.

Trata-se de um estudo piloto, exploratório de natureza qualitativa. A população consiste em indivíduos / grupos que podem ser afetados ou afetar a implementação do modelo e o instrumento de recolha de dados um guião de entrevista semiestruturada. A análise de dados foi realizada através da análise de conteúdo segundo Bardin, para análise qualitativa de dados.

De modo geral, o guião de entrevista desenvolvido capta a informação que se pretende. Os entrevistados compreenderam as perguntas e foi possível através do estudo piloto identificar algumas barreiras e facilitadores ao modelo *midwife-led care* em Portugal percebidas pelos entrevistados. Os entrevistados percecionam uma aceitabilidade social positiva na implementação do modelo, enquanto a aceitabilidade profissional pode variar, sugerindo alguma resistência, principalmente dos médicos especialistas. Os fatores facilitadores incluem a formação e a presença de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, estrutura física dos serviços, recursos disponíveis, existência de evidências positivas e melhoria no acesso aos cuidados. As principais barreiras mencionadas são a resistência à mudança por parte de grávidas e alguns profissionais de saúde, necessidade de superar mentalidades enraizadas e conscientização da população sobre o modelo e o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, desafios logísticos e políticas de saúde. Vários entrevistados referiram potenciais benefícios, como menor intervenção médica, melhores resultados maternos e perinatais e redução de custos. A legislação existente parece oferecer uma base sólida para a implementação do modelo. No entanto, a criação de protocolos específicos e diretrizes de atuação seria essencial para orientar a prática.

Estes resultados parecem demonstrar preliminarmente que a implementação do modelo *midwife-led care* em Portugal seria bem-sucedida, dependendo da coordenação entre as diferentes partes interessadas, educação pública adequada e consideração cuidadosa dos desafios e oportunidades específicos de cada região do país.

Palavras-chave: Qualidade de Cuidados; Modelo *Midwife-Led care*; Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ABSTRACT

The midwife-led care model is woman-centered and is based on the premise that pregnancy and childbirth are normal life events (ICM, 2017). This model provides women with education, counseling, prenatal care tailored to their specific needs, and continuity of care, advocating for the minimization of interventions and referring women in case of complications.

Midwives are professionals with specialized training capable of providing care throughout pregnancy, childbirth, and the postpartum period (WHO, 2018).

Several studies, including the one by Sandall et al. (2016), suggest that the model is associated with multiple benefits for both mothers and babies, with no adverse effects identified, in comparison to medical-led or shared care models.

The purpose of this study is to contribute to a project that envisions the implementation of the midwife-led care model in the care of low-risk pregnant women in Portugal. The objectives have been defined as the development and validation of an instrument that allows the identification of stakeholders' perspectives on the model's implementation in Portugal as well as testing the instrument in identifying barriers and facilitators to the model's implementation.

This is a pilot study, exploratory, and qualitative in nature. The population consists of individuals/groups that may be affected by or affect the implementation of the model, and the data collection instrument is a semi-structured interview guide. Data analysis was carried out using content analysis by Bardin, for qualitative data analysis.

In general, the developed interview guide captures the desired information. Respondents understood the questions, and it was possible throughout the pilot study to identify some barriers and facilitators to the midwife-led care model in Portugal as perceived by the interviewees. Respondents perceive positive social acceptability in the model's implementation, while professional acceptability may vary, suggesting some resistance, especially from specialist doctors. Facilitating factors include midwifery training and the presence of midwives, the physical structure of services, available resources, the existence of positive evidence, and improved access to care. The main barriers mentioned are resistance to change from pregnant women and some healthcare professionals, the need to overcome entrenched mindsets, public awareness of the model and the role of the midwife, logistical challenges, and healthcare policies. Several interviewees mentioned potential benefits, such as reduced medical intervention, improved maternal and perinatal outcomes, and cost reduction. Existing legislation seems to provide a solid foundation for the model's implementation. However, the creation of specific protocols and guidelines for action would be essential to guide practice.

These results preliminarily suggest that the implementation of the midwife-led care model in Portugal would be successful, depending on coordination among various stakeholders, appropriate public education, and careful consideration of the specific challenges and opportunities in different regions of the country.

Keywords: Quality of Care; Midwife-Led care Model; Midwife

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMM – Associação Médica Mundial

EESMO – Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

ICM – International Confederation of Midwives

MLC – *Midwife-Led Care*

MT – Modelo Médico Tradicional

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – World Health Organization

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

SUMÁRIO

NOTA INTRODUTÓRIA	17
1. MODELO MIDWIFE-LED CARE	21
1.1 Definição do Modelo	21
1.2 Modelo <i>midwife-led care</i> versus modelo médico tradicional	24
1.3 Eficácia do modelo <i>midwife-led care</i>	26
1.4 Aceitabilidade do modelo <i>midwife-led care</i>	27
1.5 Vantagens e desvantagens do modelo <i>midwife-led care</i>	28
1.6 Implementação do modelo <i>midwife-led care</i>	29
1.6.1 Fatores facilitadores na implementação do modelo <i>midwife-led care</i>	30
1.6.2 Barreiras na implementação do modelo <i>midwife-led care</i>	32
2. ACESSORIA E INTERVENÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO GESTOR NA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO MIDWIFE-LED CARE	35
2.1 Assessoria e intervenção nas políticas de saúde do enfermeiro gestor.....	36
2.2 Contributo do enfermeiro gestor na implementação do modelo <i>midwife-led care</i>	39
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	41
3.1 Pertinência do estudo	41
3.2 Questão de partida.....	42
3.3 Finalidade e objetivos.....	43
3.4 Tipo de estudo.....	44
3.5 População / amostra	45
3.6 Instrumento e processo de recolha de dados	46
3.8 Análise e tratamento de dados	51
3.9 Considerações éticas	53
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	55
4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes.....	55
4.2 Aceitabilidade do modelo	58
4.2. Qualidade dos cuidados	62
4.3. Fatores facilitadores	64
4.4. Barreiras	69
4.5. Enquadramento legal	73

CONCLUSÃO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	87
ANEXO I – Modelo <i>Midwife-Led care</i>	
ANEXO II – Guião de entrevista	
ANEXO III – Consentimento informado	
ANEXO IV – Caracterização sociodemográfica dos participantes	
ANEXO V – Tabela de categorias e subcategorias do estudo	

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Matriz avaliativa do guião de entrevista.....	49
Tabela 2 – Matriz avaliativa da versão 1 do guião de entrevista.....	49
Tabela 3 – Matriz avaliativa da versão 2 do guião de entrevista.....	50
Tabela 4 – Caraterização sociodemográfica dos participantes.....	56
Tabela 5 – Categorias e subcategorias do estudo.....	57

NOTA INTRODUTÓRIA

A gravidez é um processo fisiológico, vivenciado por muitos milhões de mulheres ao longo da história da humanidade, não sendo, como tal, um estado de doença. No entanto, a acessibilidade a cuidados especializados na gravidez, parto e pós-parto, assim como o planeamento da mesma, podem diminuir drasticamente a morbilidade e mortalidade maternas, fetais e infantis (Direção Geral da Saúde (DGS), 2015).

Em Portugal, a introdução de um programa nacional de vigilância da gravidez constituiu um marco decisivo na melhoria da qualidade da vigilância pré-natal (DGS, 2015), contudo, este programa é omissivo relativamente à recomendação do profissional mais adequado nesta vigilância (Goncalves et al., 2022). Na generalidade é utilizado o modelo de vigilância pelo médico de família/enfermeiro de família ou obstetra.

Nos últimos dez anos tem havido uma crescente valorização da assistência à mulher grávida pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/*midwife*, como o profissional que possui as melhores habilidades para assistir à gravidez, parto, puerpério e ao recém-nascido de baixo risco (Ricchi et al., 2019).

O modelo *midwife-led care* é um modelo que coloca os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/*midwives* como os profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da mulher, oferecendo cuidados desde o período pré-natal até ao pós-parto. Este modelo tem sido cada vez mais adotado em todo o mundo, em resposta às críticas ao modelo médico tradicional, que normalmente é baseado na intervenção tecnológica excessiva e na medicalização desnecessária da gravidez e parto. Os países que mais implementaram o modelo são o Canadá, Austrália, Reino Unido, Suécia, Holanda, Noruega e Dinamarca (Ricchi et al., 2019).

O modelo é baseado numa série de princípios que visam promover uma abordagem holística, centrada na mulher e na sua família como a autonomia da mulher, continuidade de cuidados e valorização da fisiologia do parto (Organização Mundial de Saúde (OMS), 2016).

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica são treinados para cuidados centrados na mulher e família, ouvindo e respeitando as suas necessidades, desejos e preferências, respeitando a sua autonomia e capacidade de tomar decisões informadas sobre o seu próprio cuidado, através da partilha de informações claras e baseadas em evidência científica acerca das opções disponíveis, dos benefícios e riscos associados a cada uma delas, e a discussão das expectativas e medos da mulher em relação ao parto, levando a uma experiência de parto mais satisfatória e gratificante (World Health Organization (WHO), 2018; Sandall et al., 2016).

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica trabalham com as mulheres durante o contínuo da maternidade para promover um estilo de vida saudável, oferecer suporte emocional e informação sobre gravidez, parto, puerpério, amamentação, cuidados ao recém-nascido e toda a informação relacionada com este evento de vida. Durante o parto, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica utilizam uma abordagem centrada na fisiologia e prevenção de intervenções e potenciais complicações, como o uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, a mobilidade durante o trabalho de parto, o apoio 1:1 e a promoção do contato imediato de pele com pele entre a mãe e o bebé. Essas práticas podem resultar em melhores resultados de saúde, como menor necessidade de analgesia medicamentosa, menor taxa de cesarianas e melhor estabelecimento da amamentação e vinculação (WHO, 2015).

Sob a perspetiva do sistema de saúde em Portugal, o modelo tem o potencial de ser uma abordagem custo-efetiva, pois pode reduzir o uso de intervenções médicas e evitar complicações associadas a essas intervenções. Além disso, permite alocar os recursos tendo por base as competências dos profissionais, ou seja, direcionar os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica para a vigilância da gravidez de baixo risco e os médicos de família e obstetras para as/os utentes com maior complexidade. Estes fatores podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como para a sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

O modelo tem sido cada vez mais discutido como uma alternativa viável e segura ao modelo médico tradicional, com evidências na melhoria da saúde e experiência das mulheres durante a gravidez, parto e pós-parto, apesar da sua implementação poder enfrentar desafios e obstáculos, como resistência dos profissionais e falta de apoio institucional (Sandall et al., 2016).

A análise dos fatores que facilitam ou dificultam a implementação do modelo pode fornecer informações úteis para aprimorar a capacitação e o suporte dos profissionais de saúde envolvidos neste tipo de cuidado, assim como servir de base na sua implementação em Portugal.

Com este estudo espera-se contribuir para o debate sobre modelos de cuidados durante a gravidez e parto, inserindo-se num estudo mais alargado que pretende fornecer evidências e reflexões para profissionais de saúde, gestores e decisores políticos interessados na promoção de práticas de cuidados centradas na mulher, baseadas em evidência científica e sustentáveis para os Sistemas de Saúde.

A questão de partida elaborada foi “Quais as barreiras e os fatores facilitadores à implementação do modelo *Midwife-Led care* em Portugal?”, tendo sido delineados os seguintes objetivos: desenvolver e validar um guião de entrevista que permita analisar a perspetiva dos *stakeholders* sobre a implementação do modelo *Midwife-Led care* na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal; realizar um pré-teste à identificação de barreiras à implementação do modelo *Midwife-Led care* na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal, assim como dos fatores facilitadores à implementação do modelo *Midwife-Led care* na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal.

Trata-se de um estudo piloto, exploratório de natureza qualitativa.

O processo de recolha de dados consistiu numa entrevista individual semi-estruturada efetuada a uma amostra não probabilística intencional, com posterior análise de conteúdo segundo Bardin.

A dissertação foi realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem da ESEP, estando dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo é dedicado ao modelo *Midwife-Led Care*, sendo elaborada a definição do modelo, a sua eficácia e aceitabilidade, vantagens e desvantagens, os fatores facilitadores e barreiras à sua implementação. No segundo capítulo é abordado o papel do enfermeiro gestor na assessoria e intervenção nas políticas de saúde. Estes dois primeiros capítulos englobam o enquadramento teórico da presente dissertação. O terceiro capítulo consiste no enquadramento metodológico, onde se justificam as escolhas metodológicas e de orientação do estudo, se definem os objetivos e se valida o guião de entrevista. No quarto capítulo é apresentada uma análise e discussão dos resultados, assim como, a caracterização da amostra. Por fim, o quinto capítulo corresponde à

conclusão, sintetizando-se os dados apresentados e efetuando um balanço dos objetivos delineados na primeira parte.

1. MODELO *MIDWIFE-LED CARE*

O modelo *midwife-led care* tem ganho popularidade em todo o mundo como uma alternativa ao modelo médico tradicional. Este modelo de atendimento coloca o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica/*midwife* como o profissional responsável pelo acompanhamento da mulher desde o período pré-natal até ao pós-parto, oferecendo uma abordagem mais centrada na mulher e na sua experiência de parto (Homer et al., 2017).

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/*midwives* são profissionais de saúde com formação especializada na assistência ao parto e em cuidados obstétricos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica são capazes de prestar cuidados durante toda a gestação, parto e pós-parto, com base em evidências científicas e utilizando práticas baseadas em respeito e compreensão das necessidades da mulher (WHO, 2018).

1.1 Definição do Modelo

No modelo *midwife-led care*, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica desempenha um papel central, sendo responsável pelo planeamento, organização e prestação dos cuidados à mulher desde o início da gravidez até ao período pós-natal. Este modelo coloca

a mulher no centro dos cuidados e baseia-se no princípio de que a gravidez e o parto são eventos naturais da vida (International Confederation of Midwives (ICM), 2017). O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica oferece educação, aconselhamento e cuidados pré-natais adaptados às necessidades específicas da mulher. Durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, são fornecidos cuidados contínuos, além de apoio durante o período pós-natal. O modelo promove o parto como um processo normal e busca minimizar intervenções desnecessárias. No caso de complicações, as mulheres são encaminhadas adequadamente para outros profissionais de saúde (ICM, 2017).

Esta abordagem baseia-se no fundamento de que a gravidez e o parto são eventos normais da vida e que a maioria das mulheres pode ter um parto seguro e saudável sem intervenções médicas, tendo como princípios chave:

- ✓ Empoderamento da mulher, ou seja, capacitar a mulher para que seja a protagonista das suas próprias decisões relacionadas com a gravidez, parto e pós-parto, fornecendo informações baseadas em evidências científicas, discutindo as opções disponíveis e ajudando a mulher a fazer escolhas informadas e autónomas sobre os seus cuidados.
- ✓ Continuidade de cuidados, pois, neste modelo o mesmo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica ou uma equipa de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica cuidam da mulher durante toda a sua gravidez, parto e pós-parto. Isso permite que se estabeleça uma relação de confiança entre o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e a mulher, promovendo uma assistência mais personalizada e individualizada.
- ✓ Abordagem centrada na mulher, pois o cuidado é adaptado às necessidades, preferências e valores da mulher. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica trabalha em parceria com a mulher para desenvolver um plano de cuidados adequado às suas circunstâncias e desejos, respeitando as suas escolhas culturais, religiosas e pessoais.
- ✓ Promoção da saúde e prevenção de intervenções desnecessárias através de intervenções baseadas em evidência científica. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica incentiva práticas de cuidado seguras e que minimizam o risco de complicações, respeitando o processo natural do parto e a sua fisiologia, sempre que possível. As intervenções médicas são utilizadas apenas quando necessárias e

com base em evidências científicas (Sandall et al., 2016; ICM, 2017; Ricchi et al., 2019).

O modelo *midwife-led care* enfatiza a importância do parto natural e o uso de intervenções não invasivas. O Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica apoia e encoraja as mulheres a terem um papel ativo nos seus cuidados, tomarem decisões informadas e terem uma experiência de parto positiva, trabalhando em parceria com a mulher e a sua família para fornecer cuidados e apoio personalizados.

São implementadas intervenções não farmacológicas, como massagem, hidroterapia e técnicas de respiração para ajudar a mulher a controlar a dor e o desconforto durante o trabalho de parto, sendo estes, alguns dos fatores porque é considerado um modelo menos intervencionista e mais natural, respeitando o ritmo do trabalho de parto e da mulher, e oferecendo opções de alívio da dor mais naturais, como massagens e técnicas de respiração (Leap et al., 2010; Sandall et al., 2016).

Este modelo é amplamente utilizado em alguns países europeus, como o Reino Unido, Holanda e Dinamarca, tendo-se mostrado eficaz nos resultados da assistência ao parto, incluindo, taxas mais baixas de intervenções como cesariana e episiotomia, taxas mais baixas de intervenção, como indução do trabalho de parto e uso de epidural, taxas mais altas de início e duração da amamentação e, maior satisfação com a experiência do parto (Hattem et al., 2008; Sandall et al., 2015).

Watkins et al. (2023) numa revisão abrangente das evidências atuais relacionadas com a prática da obstetrícia na Austrália, usando os Padrões de Prática para Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica como uma estrutura analítica, revelou o papel fundamental da parceria da *midwife* com as mulheres; autonomia e advocacia na prestação de cuidados centrados na mulher; e o equilíbrio da prevenção de riscos na gravidez com um paradigma salutogénico de promoção da saúde para facilitar a escolha das mulheres. A continuidade dos cuidados prestados pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica provou ser um modelo seguro e económico, com potenciais benefícios para todas as mulheres, independentemente do nível de risco obstétrico.

1.2 Modelo *midwife-led care* versus modelo médico tradicional

Nos últimos anos tem havido um interesse crescente na abordagem centrada na mulher na assistência ao parto. Esta abordagem coloca a mulher como protagonista do processo, valorizando as suas escolhas e necessidades individuais (Davis et al., 2011; Homer et al., 2017). Nesse contexto, dois modelos de assistência ao parto se destacam: o modelo *Midwife-Led care* (MLC) e o modelo Médico Tradicional (MT).

No MLC, como já referido, uma equipa de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica lidera o cuidado à mulher durante o período pré-natal, parto e pós-parto. Este modelo enfatiza a participação ativa da mulher no processo de tomada de decisão, assim como a promoção da fisiologia do parto e da amamentação (Davies et al., 2012; Renfrew et al., 2014). Por outro lado, o MT é tecnocrático, prioriza a monitorização e a intervenção constante no processo de parto, tem foco no risco e os profissionais de saúde são o centro dos cuidados.

Modelo *midwife-led care*

O MLC é um modelo de assistência à saúde materna e obstétrica em que os EESMO desempenham um papel central na prestação de cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto, sendo responsáveis pela prestação de cuidados contínuos às mulheres ao longo de todo o período perinatal, assumindo a liderança em situações de baixo risco e envolvendo outros profissionais de saúde quando necessário.

Este modelo enfatiza uma abordagem centrada na mulher, com foco no seu empoderamento e respeitando a autonomia e as escolhas informadas da grávida (Renfrew et al., 2014). O objetivo do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica é proporcionar cuidados individualizados, abrangentes e baseados em evidências, com ênfase na promoção da saúde, prevenção de complicações e na prestação de suporte emocional e psicológico durante a gravidez, parto e pós-parto.

O MLC tem sido associado a diversos benefícios para as mulheres, como menor taxa de intervenções médicas desnecessárias, maior taxa de parto vaginal, menor taxa de cesariana,

maior satisfação com a experiência do parto, entre outros. Além disso, estudos também têm demonstrado que pode ser mais económico em comparação com o cuidado médico tradicional, sem comprometer a segurança da mãe e do bebé (Hattem et al., 2008; Sandall et al., 2016; Symon et al., 2016).

Este modelo alinha-se com os princípios da atenção primária à saúde, que incluem acessibilidade, continuidade, abordagem centrada na pessoa, integralidade e coordenação do cuidado, tendo como objetivo fornecer cuidados de saúde abrangentes e acessíveis, envolvendo uma equipa multidisciplinar e enfatizando a prevenção, promoção da saúde e o cuidado centrado no utente (Renfrew et al., 2014; Sandall et al., 2016; WHO, 2018).

Neste contexto, a abordagem é centrada na mulher, respeitando as suas necessidades físicas, emocionais e psicológicas, e oferecendo um cuidado personalizado e contínuo (Sandall et al., 2016, WHO, 2018).

É importante salientar que o modelo pode variar entre os países e sistemas de saúde e, para a sua implementação efetiva é fundamental uma colaboração interprofissional adequada, bem como políticas e diretrizes claras (Renfrew et al., 2014; ICM, 2014; WHO, 2018).

Modelo médico tradicional

O MT é um modelo de prestação de cuidados de saúde que enfatiza a abordagem biomédica, na qual os médicos desempenham um papel central na tomada de decisões (Koifman, 2001). A equipa médica assume o cuidado da grávida, realizando avaliações e intervenções baseadas em protocolos médicos pré-estabelecidos.

O modelo centra-se na deteção precoce e no tratamento de complicações obstétricas, o que pode levar a uma intervenção excessiva e desnecessária no parto, incluindo cesarianas, fórceps e episiotomias (Sandall et al., 2016). Além disso, as mulheres muitas vezes sentem-se pouco informadas e sem poder de decisão em relação às intervenções realizadas no seu parto (Hodnett et al., 2013).

Este modelo geralmente segue diretrizes e protocolos estabelecidos por órgãos de saúde, com uma frequência determinada de visitas pré-natais e uma lista de exames e testes recomendados.

Embora seja amplamente utilizado em muitos países, o modelo médico tradicional na vigilância pré-natal tem sido objeto de discussões sobre a efetividade, a qualidade do cuidado e a medicalização excessiva da gravidez e do parto (Davis & Walker, 2002; WHO, 2018).

1.3 Eficácia do modelo *midwife-led care*

Eficácia, do latim *efficacia*, significa “*qualidade do que produz o efeito esperado; qualidade do que é eficaz; capacidade de cumprir os objetivos pretendidos; força para produzir determinados efeitos*” (Porto Editora, 2023).

A eficácia do modelo tem sido amplamente estudada, com diversos estudos que apontam para resultados positivos em relação a intervenções obstétricas e satisfação das mulheres com o atendimento recebido. Alguns dos estudos avaliam a eficácia deste modelo em relação ao modelo tradicional liderado por médicos.

Vários estudos efetuados compararam os resultados obstétricos e neonatais de mulheres que receberam o cuidado MLC versus o cuidado MT, concluindo que o primeiro está associado a uma redução significativa na taxa de cesarianas, episiotomias e uso de fórceps e maior hipótese de parto vaginal espontâneo, não apresentando diferença significativa na taxa de mortalidade perinatal entre os grupos. Além disso, as mulheres com este modelo de intervenção, tiveram menos probabilidade de ter um parto induzido e mais probabilidade de ter um parto vaginal espontâneo e menor duração do trabalho de parto (Sandall et al., 2016; Ricchi, 2019; Pappu et al., 2023). Também, o modelo MLC está associado a uma maior satisfação da mulher com a experiência do parto, assim como uma maior probabilidade de amamentação exclusiva no pós-parto (Forster et al., 2011; Homer et al., 2017; Franjić, 2019).

Bohren et al. (2017) avaliaram a efetividade do modelo tendo concluído que o MLC pode reduzir a mortalidade materna e neonatal, além de melhorar a experiência do parto para as mulheres.

1.4 Aceitabilidade do modelo *midwife-led care*

Aceitabilidade, do latim *acceptabile*, “*qualidade do que é aceitável*”. (Porto Editora, 2023).

A aceitabilidade do modelo tem sido objeto de estudos para avaliar a satisfação das mulheres com este tipo de cuidados e a sua disposição em optar por este modelo. A pesquisa tem demonstrado resultados geralmente positivos, com muitas mulheres a assumirem elevada satisfação e preferência por este tipo de cuidados (Walsh & Devane, 2012; Renfrew et al., 2014; Sandall et al., 2016).

A abordagem centrada na mulher, o tempo dedicado pelos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica em escutar e responder às suas necessidades e preferências, o respeito pela autonomia e o envolvimento ativo das mulheres nas decisões relacionadas com a sua saúde são fatores que contribuem para a alta aceitabilidade.

Além disso, a continuidade de cuidados fornecida pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, que acompanha a mulher ao longo de todo o processo de gravidez, parto e pós-parto, também tem sido apontada como um fator importante para a aceitabilidade do modelo. Essa continuidade promove o estabelecimento de um relacionamento de confiança e proporciona uma sensação de segurança e suporte emocional durante todo o período perinatal (Hodnett, 2013; Forster et al., 2016; Sandall et al., 2016).

Segundo alguns estudos, os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que trabalhavam com o modelo MLC relataram maior satisfação com o seu trabalho e maior sensação de autonomia em comparação com os que trabalhavam com o modelo MT (McLachlan et al., 2012) e, por outro lado, as mulheres relataram maior sensação de controlo durante o parto, maior confiança nas suas próprias habilidades de parto e, maior satisfação com a assistência ao parto, assim como, maior probabilidade de escolher o mesmo modelo de assistência numa próxima gestação. (De Jonge et al., 2015; Garg et al., 2017; Gunawan et al., 2020).

No entanto, é importante salientar que a aceitabilidade do MLC pode variar de acordo com o contexto cultural, o sistema de saúde e as experiências individuais das mulheres (Hatem et al., 2008; Renfrew et al., 2014).

1.5 Vantagens e desvantagens do modelo *midwife-led care*

Face ao exposto anteriormente podemos afirmar que são várias as vantagens com a implementação do modelo incluindo, maior satisfação das mulheres com o atendimento recebido durante o parto, redução significativa na taxa de intervenções obstétricas desnecessárias, como cesarianas, fórceps e uso de ocitocina sintética, menor taxa de episiotomias, maior probabilidade da mulher sentir-se informada e empoderada em relação às decisões tomadas durante o parto, e um cuidado mais centrado na mulher e nas suas necessidades (De Jonge et al., 2015; Sandall et al., 2016; Davis et al., 2017).

O modelo permite que a mulher estabeleça uma relação de confiança com o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, o que pode melhorar a experiência de parto e a satisfação da mulher com os cuidados recebidos. Além disso, a continuidade de cuidados também facilita a comunicação aberta e a partilha de informações entre a mulher, família e o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, possibilitando uma tomada de decisão informada e participativa (McLachlan et al., 2017; Sandall et al., 2016; D'haenens, et al., 2020).

Por outro lado, as desvantagens do modelo incluem a possibilidade de complicações obstétricas que exigem cuidados médicos especializados, a falta de disponibilidade de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica em algumas áreas geográficas, a falta de reconhecimento e de apoio institucional e a necessidade de um sistema de referência bem estruturado, para além de menor probabilidade do uso de analgesia epidural durante o trabalho de parto (Leap et al., 2010; Homer et al., 2011; Anderson et al., 2013).

1.6 Implementação do modelo *midwife-led care*

Vários estudos sugerem que a implementação do modelo envolve uma mudança significativa na cultura organizacional e na formação dos profissionais de saúde, bem como um forte compromisso da administração hospitalar e a participação ativa das mulheres no processo de tomada de decisão. Além disso, a implementação requer a criação de protocolos claros para a assistência da mulher, mudanças na organização do trabalho e a adoção de práticas baseadas na evidência. Tudo isto, pode ser um desafio, mas também pode levar a melhorias significativas na qualidade da assistência à mulher (Forster et al., 2011; Homer, 2016; Sandall et al., 2016; Dharni et al., 2020).

A implementação do modelo implica uma mudança significativa na formação dos profissionais de saúde, incluindo Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, obstetras e enfermeiros, exigindo um forte compromisso a nível da administração dos serviços de saúde, a criação de uma rede de apoio para as mulheres e suas famílias, bem como, a participação ativa das mulheres no processo de tomada de decisão (Begley et al., 2011; Gunawan et al., 2020).

Para a implementação do modelo é necessário a definição de estratégias como:

- ✓ Sensibilização e educação da comunidade através da realização de programas de sensibilização na comunidade para educar/informar as mulheres sobre os benefícios do MLC, desmistificando mitos e fornecendo informações precisas.
- ✓ Formação contínua da equipa de saúde para garantir que estejam atualizados com as melhores práticas e possam oferecer cuidados de qualidade no âmbito do MLC.
- ✓ Colaboração Interprofissional através do estabelecimento de parcerias colaborativas com outros profissionais de saúde, organizações não-governamentais e agências governamentais para fortalecer a implementação do MLC a nível comunitário (Homer, 2001; Walsh, 2012; Renfrew et al., 2014).

1.6.1 Fatores facilitadores na implementação do modelo *midwife-led care*

A implementação do modelo pode ser um desafio para os sistemas de saúde, mas também pode trazer benefícios significativos para a qualidade da assistência ao parto. A sua implementação pode ser facilitada por uma série de fatores que incluem:

- ✓ Políticas de saúde favoráveis que apoiam a autonomia e a prática dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, incluindo a criação de regulamentações e diretrizes claras que permitam a prática da competência clínica, incluindo a realização de exames de rotina, a prescrição de medicamentos e a tomada de decisões autónomas durante o trabalho de parto e o parto. Políticas de saúde que incentivem a colaboração interprofissional e a integração dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica na equipa de saúde também podem ser facilitadoras para a implementação deste modelo de cuidados (Sandall et al., 2016; Homer, 2016; Symon et al., 2016).
- ✓ Educação e prática adequadas para a capacitação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica através do desenvolvimento das habilidades clínicas necessárias para o cuidado obstétrico, assim como habilidades de comunicação, liderança e tomada de decisões informadas. A educação e a prática contínua são essenciais para manter os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica atualizados com as melhores práticas e garantir a qualidade e a segurança dos cuidados prestados (Begley et al., 2011; Gunawan et al., 2020).
- ✓ Colaboração interprofissional entre Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, obstetras, enfermeiros, médicos e outros membros da equipa de saúde, o que pode melhorar a continuidade de cuidados, promover a tomada de decisões informadas e melhorar os resultados de saúde materna e neonatal (Begley et al., 2011; Gunawan et al., 2020).
- ✓ Apoio institucional de instituições de saúde, como hospitais, clínicas e centros de parto, que reconhecem o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e fornecem as estruturas e recursos necessários para a prática do modelo. Isso pode incluir a disponibilidade de diretrizes clínicas claras, recursos materiais e financeiros adequados, bem como um ambiente de trabalho favorável que valoriza a prática

baseada na evidência e a autonomia dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (Davis et al., 2011; Renfrew et al., 2015; Sandall et al., 2016).

- ✓ Envolvimento e empoderamento das mulheres, respeitando os seus direitos, a participação ativa no processo de tomada de decisões relacionadas com o parto e o reconhecimento das suas escolhas e preferências. Um ambiente que valoriza o respeito e a autonomia das mulheres e o seu papel ativo nos cuidados pode ser alcançado através de práticas centradas na mulher, educação pré-natal adequada, partilha de informações sobre as opções de cuidado disponíveis, e apoio emocional durante o trabalho de parto e parto (Anderson et al., 2013; Sandall et al., 2016).
- ✓ Apoio da comunidade, incluindo o envolvimento ativo das comunidades locais, mulheres, suas famílias e líderes comunitários, na promoção e defesa do modelo. O apoio da comunidade pode ajudar a criar uma cultura que valoriza a prática dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e promove a sua aceitação e integração nas práticas de saúde locais (Farrar et al., 2021; Cramer, 2021).
- ✓ Monitorização e avaliação do modelo com colheita e análise de dados para avaliar a eficácia, segurança e satisfação das mulheres com o modelo. A monitorização e avaliação sistemáticas podem identificar áreas de melhoria, permitir ajustes na prática e promover a prestação de cuidados de qualidade (Renfrew et al., 2015; Forster et al., 2016; Sandall et al., 2016).

Do exposto, podemos afirmar que estes estudos sugerem que a disponibilidade de recursos financeiros, a formação adequada dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, a colaboração entre os profissionais de saúde, o envolvimento ativo das mulheres no processo de tomada de decisão e a criação de um ambiente de trabalho positivo são fatores facilitadores na implementação do modelo. Além disso, é importante criar uma cultura organizacional que valorize o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e que valorize a sua autonomia na tomada de decisão clínica. Estes resultados sugerem que a implementação do modelo pode ser facilitada pela criação de um ambiente de trabalho favorável e pelo investimento em formação e recursos financeiros adequados.

Segundo Duffield et al. (2011) a adoção do modelo pode ser facilitada pela disponibilidade de recursos financeiros, pela formação adequada dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e pela colaboração entre os profissionais de saúde destacando, para além disso, a

importância do envolvimento das mulheres no processo de tomada de decisão e a criação de uma cultura organizacional que valorize a autonomia dos EESMO na assistência ao parto.

A abordagem centrada na mulher é fundamental para garantir que as suas necessidades e desejos sejam levados em consideração durante todo o processo. Também, a formação contínua dos profissionais de saúde envolvidos é um aspeto fulcral, para garantir que as melhores práticas sejam seguidas e os resultados sejam positivos (Jepsen et al., 2017; Turienzo et al., 2020).

1.6.2 Barreiras na implementação do modelo *midwife-led care*

Embora o modelo tenha sido reconhecido como uma opção segura e eficaz na assistência ao parto, a sua implementação pode ser desafiadora devido a várias barreiras entre as quais:

- ✓ Falta de políticas de saúde favoráveis e regulamentares adequadas ou restrições legais que limitam a prática dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e não reconhecem o seu papel de liderança podem dificultar a atuação autónoma destes profissionais (Sandall et al., 2016).
- ✓ Resistência à mudança por parte dos profissionais de saúde, instituições de saúde, comunidades e até mesmo das próprias mulheres. Uma visão tradicional de que os cuidados obstétricos devem ser liderados por médicos, pode originar resistência à mudança para um modelo liderado pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Homer et al., 2017).
- ✓ Falta de consciencialização e compreensão sobre o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica na assistência à mulher grávida, pode levar a dúvidas ou desconfiança em relação à sua capacidade de liderar os cuidados (Batinelli et al., 2022).
- ✓ Barreiras culturais e sociais, pois em algumas comunidades, as práticas culturais e sociais podem interferir na adoção do modelo, exigindo uma abordagem sensível e culturalmente competente (Walsh, 2012).

- ✓ Falta de recursos e infraestrutura adequados, como equipamentos, instalações e pessoal de apoio para fornecer cuidados seguros e de qualidade (Homer et al.,2017).
- ✓ Falta de colaboração interprofissional o que pode dificultar a cooperação e a coordenação dos cuidados, prejudicando a implementação efetiva do modelo (Beech et al.,2018).
- ✓ Percepção de falta de segurança, mesmo que as evidências científicas demonstrem que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica são profissionais qualificados e capazes de lidar com a maioria das complicações obstétricas (Barnett & Nurmohamed, 2016).

Os principais desafios na implementação e expansão do modelo incluem a falta de reconhecimento e apoio institucional ao modelo, a falta de investimento em formação e capacitação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, a falta de recursos financeiros, a resistência dos profissionais de saúde em relação à mudança de práticas, a falta de integração do modelo nos sistemas de saúde existentes e a falta de acesso a recursos e infraestruturas adequados (Barnett & Nurmohamed, 2016; Sandall et al., 2016; Homer et al., 2017; Batinelli et al., 2022).

2. ASSESSORIA E INTERVENÇÃO NAS POLÍTICAS DE SAÚDE E O CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO GESTOR NA IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO *MIDWIFE-LED CARE*

O papel do enfermeiro gestor no ambiente de cuidados de saúde é multifacetado e crucial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados aos utentes. Algumas das responsabilidades e funções do enfermeiro gestor incluem:

- ✓ Gestão de recursos - incluindo recursos humanos, orçamentos e equipamentos (Drennan, 2012), sendo responsáveis por alocar recursos de forma eficiente para garantir a qualidade dos cuidados prestados ao utente (Duffield et al., 2011).
- ✓ Liderança e coordenação da equipa – através da liderança de equipas de enfermagem, garantindo uma comunicação clara e eficaz, promovendo um ambiente colaborativo (Hatem et al., 2008) e facilitando o desenvolvimento profissional contínuo da equipa (Hancock et al., 2012).
- ✓ Promoção da qualidade e segurança – através da implementação de protocolos de segurança, avaliação de indicadores de qualidade e promoção de uma cultura de segurança (Mitchell et al., 2014). Também lideram iniciativas de melhoria contínua (Marquis & Huston, 2018).
- ✓ Advocacia - atuando como defensores dos utentes, garantindo que os cuidados sejam centrados no utente e que as suas necessidades sejam atendidas, educando os utentes sobre os seus direitos e tratamentos (Budin, 2015).
- ✓ Tomada de decisão e resolução de problemas – através do desenvolvimento de habilidades para tomar decisões informadas e resolver problemas complexos, incluindo a capacidade de lidar com crises e emergências de forma eficaz (Giltinane, 2013).

A implementação do modelo *midwife-led care* é um processo complexo que envolve diferentes níveis de intervenção, desde as políticas de saúde até à prática clínica. Neste contexto, o papel

do enfermeiro gestor é fundamental para assegurar uma implementação efetiva e sustentável do modelo. Este capítulo discutirá o papel do enfermeiro gestor na assessoria e intervenção nas políticas de saúde relacionadas com a implementação do modelo e o contributo na sua implementação.

2.1 Assessoria e intervenção nas políticas de saúde do enfermeiro gestor

A assessoria e intervenção nas políticas de saúde do enfermeiro gestor são cruciais para moldar sistemas de saúde eficazes e centrados no utente. A sua perícia clínica e conhecimento prático capacitam-nos a fazer contribuições significativas para o desenvolvimento, implementação e avaliação de políticas de saúde. Ao trabalhar em estreita colaboração com outros profissionais de saúde, decisores políticos e a comunidade em geral, os enfermeiros gestores desempenham um papel vital na melhoria contínua dos serviços de saúde e, por extensão, na qualidade de vida das pessoas (Mason, 2015; White, 2016).

A assessoria nas políticas de saúde inclui análise de dados, identificação de lacunas nos serviços de saúde e recomendações baseadas em evidências para melhorar a eficácia das políticas existentes.

O enfermeiro gestor é capaz de analisar dados epidemiológicos para identificar tendências de saúde e áreas problemáticas que exigem atenção política, garantir que os recursos sejam alocados de forma eficaz para áreas prioritárias de saúde, incluindo programas de prevenção e intervenção e desenvolver campanhas educativas para sensibilizar a comunidade sobre questões de saúde e prevenção de doenças (Shortell, 2017).

A intervenção nas políticas de saúde é o processo ativo de promulgar mudanças nas políticas existentes ou criar políticas que visam melhorar o acesso, a qualidade e a equidade dos serviços de saúde (Shortell, 2017).

Os enfermeiros gestores desempenham um papel vital nesta fase, contribuindo com uma perspetiva prática para o desenvolvimento de políticas que estejam alinhadas com as

necessidades da comunidade e as melhores práticas em saúde, supervisionando a implementação de programas de saúde e garantindo que sejam executados de acordo com os padrões estabelecidos e, criando sistemas de monitorização para avaliar a eficácia das políticas implementadas e fazendo os ajustes necessários para melhorar os resultados (American Nurses Association, 2015).

O enfermeiro gestor tem um papel fundamental na implementação do modelo, que envolve a identificação de políticas e estratégias que possam favorecer a sua implementação, bem como a sua participação ativa em grupos de trabalho e comités para a elaboração de políticas de saúde.

Segundo Costa et al. (2020) a atuação do enfermeiro gestor na assessoria e intervenção nas políticas de saúde baseia-se numa abordagem integral e centrada no cuidado ao indivíduo, família e comunidade. Essa perspetiva inclui a identificação de necessidades de saúde, o estabelecimento de prioridades, a procura de soluções inovadoras e a articulação com outros profissionais e setores da sociedade.

A assessoria e intervenção nas políticas de saúde referem-se ao envolvimento ativo do enfermeiro gestor na análise, interpretação e aplicação das políticas de saúde no seu local de trabalho. Isso envolve a compreensão das diretrizes e regulamentos governamentais, bem como a adaptação dessas políticas à realidade local. O enfermeiro gestor atua como intermediário entre as diretrizes estabelecidas pelos órgãos de saúde e as práticas diárias de cuidados de saúde (Mendes, 2010; Silva & Gomes, 2017).

Uma das principais responsabilidades do enfermeiro gestor é a de assessorar a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde na implementação das políticas de saúde. Isso inclui a disseminação das diretrizes, a orientação sobre os procedimentos e a supervisão do cumprimento das normas. O enfermeiro gestor também desempenha um papel de liderança na identificação de lacunas nas políticas de saúde e na proposta de intervenções que possam melhorar a qualidade do atendimento (Marquis & Huston, 2018; Gunawan et al., 2020).

Além disso, o enfermeiro gestor pode desempenhar um papel ativo na formulação e defesa de políticas de saúde significativas para as pessoas, podendo participar de comités, grupos de trabalho e fóruns que discutem questões de saúde e contribuir como perito na elaboração de políticas mais eficazes. Essa participação pode envolver a análise de evidências científicas, identificação de necessidades locais e defesa de práticas baseadas em resultados para promover uma assistência de qualidade (OE, 2015).

O enfermeiro gestor pode estar envolvido na identificação de áreas de melhoria, no desenvolvimento de programas de educação contínua para a equipa de enfermagem, na implementação de protocolos de segurança do doente e na avaliação dos resultados alcançados (OE, 2015), e pode utilizar a sua influência e posição privilegiada para sensibilizar e educar os gestores e decisores políticos sobre a importância da introdução de novas intervenções ou modelos de cuidados no sistema de saúde. Além disso, pode utilizar a sua experiência e conhecimento na prática clínica para identificar as necessidades de capacitação e formação dos profissionais de saúde envolvidos (OE, 2015).

As funções do enfermeiro gestor podem variar de acordo com o contexto específico de cada instituição de saúde, mas geralmente, segundo a OE, incluem:

- ✓ Planeamento e organização dos serviços, incluindo a alocação adequada de recursos, como pessoal, instalações e equipamentos. Isso pode envolver a gestão de escalas de trabalho, a coordenação de atividades e a garantia de que o ambiente de atendimento esteja adequado às necessidades das mulheres e suas famílias.
- ✓ Supervisão e suporte aos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, incluindo a revisão e monitorização dos registos, a avaliação do desempenho, a realização de reuniões clínicas e o suporte emocional e profissional dos ESMO no seu trabalho diário. Também pode ser responsável pela formação e desenvolvimento profissional dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, garantindo a sua atualização em relação às melhores práticas e diretrizes clínicas.
- ✓ Garantia de qualidade e segurança, através da implementação de protocolos e diretrizes clínicas, revisão de eventos adversos e ações corretivas, monitoração de indicadores de qualidade e identificação e mitigação de riscos.
- ✓ Colaboração interprofissional, pois o gestor pode facilitar a colaboração entre os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e outros profissionais de saúde, como obstetras, enfermeiros, anestesiólogos, entre outros.
- ✓ Promoção do modelo de cuidados através da educação e informação às mulheres e suas famílias sobre as opções de cuidados disponíveis, enfatizando os benefícios do modelo e trabalhando em parceria com outros profissionais de saúde, administradores e *stakeholders* para promover a sua implementação e sustentabilidade.

Em resumo, a assessoria e intervenção nas políticas de saúde por parte do enfermeiro gestor desempenham um papel crítico na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde. Através do

envolvimento ativo na formulação, implementação e avaliação de políticas, o enfermeiro gestor contribui para a promoção da prática baseada na evidência, a adaptação das políticas à realidade local e a melhoria contínua da assistência à saúde.

2.2 Contributo do enfermeiro gestor na implementação do modelo *midwife-led care*

O enfermeiro gestor desempenha um papel crucial na implementação efetiva e sustentável do modelo, sendo responsável por coordenar as diferentes etapas do processo de implementação, desde a seleção dos profissionais de saúde envolvidos até a avaliação dos resultados alcançados. A sua função abrange diversas áreas, desde a liderança estratégica até a coordenação das atividades diárias.

O enfermeiro gestor pode utilizar a sua influência e posição privilegiada para criar um ambiente de trabalho favorável à implementação do modelo, garantindo a disponibilidade de recursos e infraestrutura adequados, promovendo a comunicação e colaboração entre os profissionais de saúde e assegurando a existência de sistemas de referência bem estruturados.

Além disso, pode desempenhar um papel importante na avaliação e monitorização contínua dos resultados alcançados com a implementação do modelo, identificando as áreas de melhoria e propondo intervenções para aperfeiçoar o processo de implementação.

De forma sucinta, podemos referir que alguns dos contributos específicos que o enfermeiro gestor pode oferecer na implementação do modelo, de acordo com o perfil de competências do enfermeiro gestor (OE, 2015) são:

- ✓ Liderança e coordenação, garantindo que as políticas e diretrizes sejam seguidas, podendo coordenar equipas de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e outros profissionais de saúde para garantir a prestação adequada de cuidados.

- ✓ Planeamento e organização dos serviços de saúde, de forma a oferecer um suporte eficiente ao modelo *midwife-led care*. Isso pode envolver o desenvolvimento de protocolos, diretrizes e fluxos de trabalho para garantir uma transição suave e contínua dos cuidados.
- ✓ Gestão de recursos, podendo ajudar a alocar recursos adequados para a implementação do modelo, como garantir a disponibilidade de uma equipa adequada, equipamentos e instalações necessárias para oferecer cuidados de qualidade.
- ✓ Educação e treino, facilitando programas de educação e prática para os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e outros profissionais de saúde envolvidos no modelo. Isso pode envolver a organização de *workshops*, cursos ou programas de capacitação para garantir que as habilidades e conhecimentos necessários sejam adquiridos e atualizados regularmente.
- ✓ Avaliação e melhoria contínua com base nos resultados. O enfermeiro gestor pode recolher dados, realizar análises e usar evidências para identificar áreas de melhoria e implementar mudanças positivas no modelo de cuidados.

No geral, o enfermeiro gestor desempenha um papel vital na implementação e sucesso do modelo *midwife-led care*. A sua experiência em gestão de saúde e liderança contribui para garantir que os cuidados sejam fornecidos de forma eficaz, segura e centrada na mulher, promovendo uma experiência positiva durante o período de gestação, parto e pós-parto.

Ao liderar, coordenar, educar e advogar, o enfermeiro gestor pode superar desafios e promover uma abordagem centrada na mulher durante a gravidez, parto e pós-parto. Com uma abordagem sensível, educada e colaborativa, o modelo pode ser implementado de forma eficaz, proporcionando cuidados de qualidade às mulheres e suas famílias (Homer et al., 2001; WHO, 2018).

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O enquadramento metodológico é uma etapa essencial de uma pesquisa ou estudo científico, onde o investigador descreve e justifica as abordagens, métodos e técnicas que serão utilizados para responder às questões de pesquisa ou alcançar os objetivos propostos. Esta pesquisa desempenha um papel central no progresso da ciência e do conhecimento, utilizando um processo sistemático e rigoroso, envolvendo diferentes abordagens metodológicas, que são influenciadas, em parte, pelo investigador, com o objetivo de obter respostas para a questão formulada, tendo por base a identificação do problema e os objetivos estabelecidos (Fortin, 2009).

3.1 Pertinência do estudo

A pertinência de um estudo é um fator crucial na avaliação da qualidade e relevância de uma pesquisa, considerando a importância e atualidade do tema abordado, bem como a contribuição potencial do estudo para a área de conhecimento em questão.

O modelo *midwife-led care*, como já referido, coloca os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica como os principais prestadores de cuidados durante a gravidez, permitindo uma abordagem mais centrada na mulher e enfatizando a continuidade de cuidados.

Compreender os fatores que facilitam ou dificultam a implementação do modelo na vigilância pré-natal, em Portugal, permitirá identificar barreiras e propor soluções para a sua adoção efetiva no Serviço Nacional de Saúde (SNS), para além de poder ajudar a melhorar a organização dos serviços, a formação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e o envolvimento dos profissionais de saúde, garantindo uma transição suave para esse novo modelo de cuidados.

A sua implementação na vigilância pré-natal da gravidez de baixo risco pode trazer benefícios significativos para as mulheres e para o sistema de saúde. Vários estudos, entre os quais o de Sandall et al. (2016), têm demonstrado que este modelo está associado a uma maior satisfação das mulheres, melhores resultados perinatais e redução de intervenções médicas desnecessárias. Por isso, compreender os fatores que influenciam a implementação bem-sucedida permitirá maximizar esses benefícios e promover uma assistência pré-natal de qualidade. Além disso, este insere-se num projeto de investigação mais amplo que estuda e contribui para o corpo de evidências científicas sobre a viabilidade da implementação desse modelo de cuidados em contextos específicos, como o SNS. Essas evidências serão fundamentais para definir políticas de saúde, diretrizes clínicas e tomada de decisões informadas, facilitando a expansão e a sustentabilidade do modelo no sistema de saúde.

3.2 Questão de partida

A questão de partida é a questão fundamental que orienta uma investigação científica, representando o ponto de partida para a pesquisa e definindo o foco e os objetivos do estudo.

A questão de partida surge geralmente, a partir de uma lacuna de conhecimento, uma problemática identificada na literatura existente ou uma curiosidade intelectual.

Através da questão de partida, o investigador delimita o propósito da investigação, define os aspetos a serem explorados e orienta a colheita e análise de dados. Por isso, é fundamental que a questão de partida seja formulada de maneira clara, precisa, para que o investigador possa planear e executar adequadamente o estudo, garantindo a qualidade e a validade dos resultados obtidos (Creswell, 2013).

Para este estudo foi elaborada a seguinte questão de partida: Quais as barreiras e os fatores facilitadores à implementação do modelo *midwife-led care*, em Portugal?

3.3 Finalidade e objetivos

A finalidade de um estudo de investigação é o propósito que orienta a pesquisa. É a razão pela qual o estudo está a ser realizado, o contributo que se espera para o conhecimento existente ou para a solução de um problema específico, podendo variar de acordo com o campo de estudo e o tipo de pesquisa. Geralmente envolve a descoberta de novos conhecimentos, a confirmação ou refutação de teorias existentes, a compreensão de fenómenos complexos ou a resolução de problemas práticos (Creswell, 2013).

Tendo por base esta definição, a finalidade deste estudo é: contribuir para a implementação do modelo *midwifeLed care* na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal.

Os objetivos referem-se às metas específicas que o investigador deseja alcançar ao realizar a investigação. Eles são declarações concretas e mensuráveis que descrevem os resultados específicos que se espera obter no final do estudo, devendo ser formulados de forma a responder às questões da pesquisa e atingir a finalidade geral do estudo (Creswell, 2013).

Foram delineados os seguintes objetivos:

- ✓ desenvolver e validar um guião de entrevista que permita analisar a perspetiva dos *stakeholders* sobre a implementação do modelo *midwife-led care* na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal
- ✓ realizar um estudo piloto identificando barreiras à implementação do modelo *midwife-led care* na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal.
- ✓ realizar um estudo piloto identificando fatores facilitadores à implementação do modelo *midwife-led care* na vigilância da gravidez de baixo risco, em Portugal.

3.4 Tipo de estudo

Ao realizar uma pesquisa científica é fundamental selecionar o tipo de estudo adequado, tendo em consideração a natureza do problema em estudo, os seus objetivos e o nível de conhecimento existente na área. Essa seleção é crucial para garantir que as questões de investigação sejam adequadamente respondidas. Fortin (2009) ressalta a importância de definir o tipo de estudo com base na problemática em questão.

Assim, este é um estudo piloto, exploratório de natureza qualitativa.

Um estudo piloto é uma pesquisa preliminar ou uma investigação inicial conduzida antes de um estudo principal para testar a viabilidade, a logística, os elementos do projeto e a eficácia dos procedimentos planeados (Malmqvist et al., 2019).

O estudo exploratório refere-se a uma etapa inicial de pesquisa com a finalidade de explorar um determinado tema ou problema de maneira ampla e não restrita, sendo utilizado quando o assunto em questão é pouco conhecido ou pouco explorado, fornecendo uma visão geral e levantando questões para investigações posteriores mais aprofundadas.

No paradigma qualitativo, o pesquisador tenta compreender os significados atribuídos pelos participantes, as interações sociais, os processos culturais e as dinâmicas contextuais que influenciam o fenómeno em estudo. O foco está na interpretação e na construção de significados a partir dos dados recolhidos.

Fortin (2009) salienta que a pesquisa qualitativa requer flexibilidade, adaptabilidade e abertura para emergir e desenvolver teorias a partir dos dados. O investigador está interessado em explorar as perspetivas dos participantes, examinar as relações e os padrões que emergem dos dados e gerar conhecimento contextualizado.

O presente estudo integra o projeto de investigação da doutoranda Andreia Gonçalves, intitulado *“Antenatal Care: policy, economy, barriers, and facilitators of a midwife-led care model for Portugal”*.

3.5 População / amostra

A população refere-se ao conjunto completo de indivíduos, objetos, eventos ou fenómenos que são relevantes para o estudo em questão. A população é o grupo total que se deseja investigar ou generalizar as conclusões (Casteed & Bridier, 2021). Neste estudo a população compreende todos os indivíduos / grupos que podem ser afetados ou afetar a implementação do modelo *midwife-led care* – representantes do Ministério da Saúde, Administração Central do Serviço de Saúde, Diretores Médicos, Administradores Hospitalares, médicos de família, obstetras, Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, mulheres, comunidade académica, Ordem dos Médicos, Ordem dos Enfermeiros e Organizações Não Governamentais.

Amostra é um subconjunto selecionado da população que é estudado e analisado para obter informações e fazer inferências sobre a população maior. A amostra é uma representação menor e mais viável da população total, utilizada para extrair conclusões e generalizações. É o grupo

preciso de unidades, muitas vezes indivíduos, que serão convidados a participar do estudo (Casteed & Bridier, 2021).

O tipo de amostra selecionado para este estudo foi uma amostra de conveniência que, pode definir-se como um tipo de amostragem não probabilística em que os participantes ou elementos são selecionados com base na sua disponibilidade e conveniência para o investigador, sendo a amostra constituída por seis participantes.

3.6 Instrumento e processo de recolha de dados

Um instrumento de pesquisa é uma ferramenta, ou meio, utilizado para recolher dados numa investigação científica. Pode ser um questionário, uma entrevista estruturada, um teste psicológico, um dispositivo de medição, entre outros. O processo de recolha de dados envolve o uso desses instrumentos para obter informações relevantes para a pesquisa (Creswell, 2014).

A entrevista é considerada um processo de interação social entre duas pessoas, o entrevistador e o entrevistado. Nesse contexto, o objetivo do entrevistador é obter informações relevantes sobre um tema específico. A entrevista é amplamente utilizada como uma técnica essencial no trabalho de campo em pesquisas científicas. Durante a entrevista, as informações são recolhidas através de um roteiro ou guião que contém uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos, relacionados com a problemática central específica. Esse roteiro serve como uma estrutura para orientar o entrevistador na condução da entrevista e garantir que os principais aspetos do tema em questão sejam abordados (Haguet, 1997).

Numa entrevista semiestruturada, as perguntas abertas e as perguntas fechadas são combinadas, oferecendo ao entrevistado a oportunidade de discursar sobre o tema proposto. O entrevistador segue um conjunto de questões pré-determinadas, mas conduz a entrevista de forma semelhante a uma conversa informal. O papel do entrevistador é guiar a discussão para o

assunto de interesse, fazendo perguntas adicionais para esclarecer questões que não estejam claras ou para ajudar a reconstituir o contexto da entrevista, caso o entrevistado se tenha desviado do tema ou demonstre dificuldades na sua percepção (Jamshed, 2014).

Para que os dados da entrevista sejam capturados de forma mais eficaz, a gravação das entrevistas é considerada uma escolha apropriada, tornando mais fácil para o investigador focar-se no conteúdo da entrevista e nos comandos verbais e permitindo gerar uma transcrição literal da entrevista (Jamshed, 2014).

De acordo com a revisão da literatura efetuada e os objetivos previamente definidos, foi elaborado um guião de entrevista constituído por sete blocos temáticos, com várias questões formuladas para cada bloco. O bloco 1 é dedicado à legitimação e motivação para a entrevista; o bloco 2 à caracterização sociodemográfica do entrevistado; o bloco 3 pretende recolher informação sobre a aceitabilidade social e profissional do modelo; o bloco 4 é dedicado à colheita de informação sobre os fatores facilitadores e as barreiras na implementação do modelo; o bloco 5 é direcionado para a exequibilidade normativa; o bloco 6 é relacionado com a sustentabilidade do modelo e as suas vantagens e o bloco 7 para assuntos não referidos na entrevista e relacionados com o tema.

A validação de um guião de entrevista desempenha um papel crucial na pesquisa qualitativa, pois permite assegurar a qualidade e a confiabilidade dos dados colhidos, permitindo que o investigador verifique se as questões são claras, imparciais e capazes de captar as informações necessárias para responder às questões de pesquisa. Além disso, a validação ajuda a evitar o viés e a melhorar a eficácia das entrevistas.

Para Creswell & Poth (2017), o processo de validação de um guião de entrevista pode ser dividido em várias etapas-chave:

- ✓ Definição dos objetivos - antes de criar o guião, é fundamental ter clareza sobre os objetivos da entrevista e as informações que se deseja obter dos entrevistados.
- ✓ Revisão inicial - o investigador deve criar um esboço do guião, revendo-o cuidadosamente para garantir que esteja de acordo com os objetivos e aborde todos os aspetos relevantes da pesquisa.
- ✓ Sequência lógica - as questões devem ser organizadas de maneira lógica e sequencial para criar uma atmosfera confortável para o entrevistado e permitir uma conversa natural.

- ✓ Evitar perguntas tendenciosas - o guião deve conter perguntas objetivas e imparciais, evitando qualquer influência nas respostas dos entrevistados.
- ✓ Clareza e concisão - as questões devem ser formuladas de maneira clara e concisa, utilizando uma linguagem simples e direta para facilitar a compreensão.
- ✓ Teste piloto - o guião deve ser testado em entrevistas-piloto com colegas ou outras pessoas para avaliar a sua eficácia na obtenção das informações desejadas.
- ✓ Ajustes - com base nos resultados do teste piloto, o guião deve ser revisto e ajustado conforme necessário para aprimorar a sua eficácia.
- ✓ Feedback e reprodução - após as entrevistas, é importante obter feedback dos entrevistados e continuar a reprodução para melhorar o guião com base nas experiências e sugestões recebidas.

Validar um guião de entrevista consiste, desta forma, num ato de atribuição de qualidade a esse instrumento investigativo, surgindo, este conceito geralmente associado à eficiência nos processos, à eficácia nos resultados e ao conceito de responsabilidade (Sobrinho, 2008).

A criação de uma matriz avaliativa para um guião de entrevista é uma ferramenta útil para garantir que o guião seja avaliado de maneira sistemática e abrangente, tendo em consideração vários critérios de avaliação (Creswell & Poth, 2017):

- ✓ Clareza e objetivos:
 - As perguntas são claras e compreensíveis?
 - Os objetivos da entrevista são explicitamente declarados?
- ✓ Relevância e adequação dos tópicos:
 - As perguntas abordam os tópicos relevantes para a pesquisa?
 - O guião de entrevista atende aos objetivos de pesquisa?
- ✓ Imparcialidade e neutralidade das questões:
 - As perguntas são formuladas de maneira imparcial, sem viés?
 - Não há opiniões pessoais inseridas nas perguntas?
- ✓ Organização e sequência das questões:
 - As perguntas estão organizadas de maneira lógica e sequencial?
 - A sequência das perguntas facilita uma conversa natural?
- ✓ Abrangência e profundidade das questões:
 - O guião aborda todos os aspetos relevantes do tópico?
 - As perguntas permitem que os entrevistados forneçam respostas detalhadas?

- ✓ Tempo e duração da entrevista:
 - O tempo previsto para a entrevista é apropriado?
 - As perguntas são equilibradas em relação ao tempo disponível?
- ✓ Feedback dos entrevistados:
 - Os entrevistados forneceram feedback sobre a clareza e relevância das perguntas?
 - Houve sugestões de melhoria dos entrevistados?

De acordo com os critérios definidos, foi elaborada a seguinte matriz avaliativa do guião de entrevista (Tabela 1):

Tabela 1 – Matriz avaliativa do guião de entrevista

Critério de avaliação	Comentários e ações de melhoria
Clareza e objetivos	
Relevância e adequação	
Imparcialidade	
Organização e sequência	
Abrangência e profundidade	
Tempo e duração	
Feedback dos entrevistados	

No contexto da pesquisa, o teste piloto consistiu na aplicação do guião a uma enfermeira, em contexto de trabalho hospitalar e, após aplicação da matriz avaliativa, foram obtidos os seguintes resultados.

Tabela 2 – Matriz avaliativa da versão 1 do guião de entrevista

Critério de avaliação	Comentários e ações de melhoria
Clareza e objetivos	Dificuldade na compreensão das perguntas relacionadas com a aceitabilidade (bloco 3) e a exequibilidade normativa (bloco 5)
Relevância e adequação	A pergunta relacionada com a sustentabilidade (bloco 6) não responde aos objetivos da pesquisa
Imparcialidade	Adequado

	Organização e sequência	Adequada
	Abrangência e profundidade	Adequado
	Tempo e duração	Adequado
	Feedback dos entrevistados	Perguntas longas; dificuldade em responder por desconhecimento do modelo <i>midwife-led care</i>

De acordo com os resultados, foram efetuadas alterações na elaboração das questões dos blocos três, cinco e seis pois não permitiam obter dados pertinentes para a pesquisa e suscitavam dúvidas à entrevistada, originando a versão 2 do guião de entrevista. Para além disso, ficou definido a entrega de um documento explicativo do modelo *midwife-led care* (Anexo I) antes da assinatura do consentimento informado pelos participantes.

A versão 2 do guião de entrevista, foi aplicada a dois participantes. Após o preenchimento da matriz avaliativa, foi necessário alterar as questões do bloco cinco, resultando na versão final do guião (Anexo II).

Tabela 3 – Matriz avaliativa da versão 2 do guião de entrevista

	Critério de avaliação	Comentários e ações de melhoria
	Clareza e objetivos	Adequado
	Relevância e adequação	Adequado
	Imparcialidade	Adequado
	Organização e sequência	Adequado
	Abrangência e profundidade	Adequado
	Tempo e duração	Adequado
	Feedback dos entrevistados	Dificuldade na compreensão das perguntas relacionadas com a exequibilidade normativa

3.8 Análise e tratamento de dados

A análise e o tratamento de dados desempenham um papel crucial na investigação, fornecendo uma base sólida para a tomada de decisões informadas. A análise de dados envolve o exame minucioso dos dados, enquanto o tratamento de dados abrange várias etapas que são fundamentais para descobrir informações úteis, padrões e tendências.

A análise de conteúdo é uma abordagem metodológica que visa examinar as comunicações de maneira sistemática e objetiva, procurando extrair indicadores relevantes do conteúdo das mensagens. Esses indicadores podem ser quantitativos ou qualitativos e visam obter informações sobre as condições de produção e recepção das mensagens analisadas. Através de procedimentos estruturados e criteriosos, a análise de conteúdo tenta compreender e descrever os elementos presentes nas mensagens, permitindo a inferência de conhecimentos sobre o contexto em que foram produzidas (Bardin, 2011).

O principal objetivo da análise de conteúdo segundo Bardin (2011) é extrair significados, padrões e interpretações do conteúdo textual, ajudando os pesquisadores a entenderem melhor o material analisado.

Segundo Bardin (2011) a análise de dados é um processo complexo que envolve três fases consecutivas: pré-análise, exploração do material e tratamento de resultados.

A pré-análise envolve uma série de atividades que visam preparar os dados a serem analisados, estabelecendo uma base sólida para a posterior interpretação dos resultados. O principal objetivo é familiarizar-se com os materiais recolhidos e organizar o processo de análise. É um momento de imersão nos dados, onde o investigador se familiariza com o conteúdo bruto e realiza uma primeira leitura dos materiais para adquirir uma visão geral do corpus a ser analisado.

Nesta etapa, realizaram-se leituras sucessivas das entrevistas, tentando organizar as ideias iniciais e elaborar um esquema preciso para o desenvolvimento das etapas subsequentes, seguindo as diretrizes de Bardin (2011).

Na exploração do material existem duas etapas fundamentais: codificação, em que o investigador começa a codificar o material, ou seja, a atribuir categorias ou unidades de análise específicas às diferentes partes do texto, podendo ser pré-definidas com base em teorias existentes ou podem surgir indutivamente durante a análise; categorização, em que o investigador organiza os dados em tabelas ou matrizes para facilitar a visualização e análise dos padrões emergentes.

Nesta etapa conhecida como descrição analítica, os dados foram codificados, e foram estabelecidas as unidades temáticas e categorias.

A análise categorial foi aplicada, permitindo a classificação dos elementos constitutivos das mensagens (Bardin, 2011). Durante este processo, foram respeitados os princípios fundamentais recomendados pelo autor, como homogeneidade, exaustividade, exclusividade, objetividade, pertinência e adequação no processo de categorização.

A fase de tratamento de resultados refere-se ao processo de organização e interpretação dos dados recolhidos durante a análise, sendo uma etapa crucial na análise de conteúdo, pois é neste momento que os dados brutos são transformados em conhecimento significativo.

A apresentação dos resultados foi estruturada com base nas unidades temáticas e categorias previamente definidas. Para enriquecer a descrição dos dados, foram incluídos trechos das entrevistas, cada um identificado com a codificação correspondente à entrevista realizada:

E1 – entrevista realizada ao participante 1; E2 – entrevista realizada ao participante 2;

E3 – entrevista realizada ao participante 3; E4 – entrevista realizada ao participante 4;

E5 – entrevista realizada ao participante 5; E6 – entrevista realizada ao participante 6.

Nesta pesquisa, as entrevistas conduzidas foram integralmente transcritas em formato de texto digital (*Word*®), a fim de simplificar a identificação das unidades de contexto e registos mais relevantes para o estudo e a análise de conteúdo segundo Bardin.

3.9 Considerações éticas

A ética desempenha um papel fundamental em todas as áreas da investigação, sendo essencial que os investigadores considerem cuidadosamente as implicações éticas do seu trabalho, com o intuito de proteger os direitos e o bem-estar dos participantes envolvidos e garantir a integridade e confiabilidade dos resultados obtidos.

O estudo insere-se no âmbito do projeto de investigação: *“Antenatal care: policy, economy, barriers and facilitators of a midwife-led care model for Portugal”* e tem parecer positivo da Comissão de Ética, com a referência 2022/CE/PO2(P380/CETI/ICBAS).

Uma das considerações éticas primordiais é o consentimento informado dos participantes, o que implica a obtenção da permissão voluntária e informada de cada indivíduo antes da sua participação no estudo. O consentimento informado foi obtido após os participantes terem sido informados, de forma clara e compreensível, sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, bem como sobre a possibilidade de retirar o consentimento a qualquer momento. Esta prática é fundamental para garantir a autonomia e a dignidade dos participantes (ANEXO III).

Outro aspeto importante é a proteção da privacidade e confidencialidade dos participantes. Foi garantido pelo investigador que as informações pessoais recolhidas durante a investigação serão mantidas em sigilo e usadas apenas para fins autorizados (Associação Médica Mundial (AMM), 2008).

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e discussão de resultados desempenha um papel fundamental, pois representa o ponto culminante da pesquisa, onde os dados colhidos são cuidadosamente examinados e interpretados à luz das questões da pesquisa e da revisão da literatura.

4.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A caracterização sociodemográfica dos participantes refere-se à descrição das características sociais e demográficas da amostra de indivíduos envolvidos na pesquisa. Essas características incluem informações como sexo, idade, estado civil, formação acadêmica / profissional, profissão, local de trabalho e tipo de participante (Anexo IV).

A inclusão destas informações na caracterização sociodemográfica é importante para compreender a diversidade e a representatividade da amostra.

Tabela 4 – Caracterização sociodemográfica dos participantes

Sexo	n (%)
Masculino	0 (0%)
Feminino	6 (100%)
Estado civil	
Solteiro(a)	3 (50%)
Casado(a)	3 (50%)
Formação académica / profissional	
Licenciatura ou equivalente legal	2 (33,3%)
Especialidade	0 (0%)
Mestrado	4 (66,6%)
Doutoramento	0 (0%)
No caso de ser mulher, já utilizou serviços de maternidade	
Sim	3 (50%)
Não	3 (50%)
Se respondeu afirmativamente, quais os serviços que utilizou	
Serviço público	2 (66,6%)
Serviço privado	0 (0%)
Ambos	1 (33,3%)
Em que contexto	
Gravidez anterior	2 (66,6%)
Gravidez atual	1 (33,3%)
Outra situação	0 (0%)

As participantes do estudo eram do sexo feminino (100%, n=6), com média de idades de 31,3 anos (Mx=42, Mn=26). 50% (n=3) eram solteiras. A maioria (66,6%, n=4) possuía o grau de mestre (Tabela 1).

Relativamente à atividade profissional, duas (33,2%) são enfermeiras, uma é fisioterapeuta (16,7%), uma é diretora de um ginásio (16,7%), uma é médica de Medicina Geral e Familiar (MGF) (16,7%) e outra é médica a realizar o internato de MGF (16,7%).

Em relação ao local de trabalho das participantes, uma trabalha numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), uma é bolsista de doutoramento, uma trabalha num Centro Terapêutico, uma trabalha num ginásio e duas numa Unidade de Saúde Familiar (USF).

Relativamente à utilização dos serviços de maternidade, três já utilizaram os serviços (duas na gravidez anterior e uma na atual), duas utilizaram o serviço público e uma utilizou o serviço público e o privado.

Relativamente ao tipo de participante, ou seja, os participantes que podem afetar ou ser afetados pela implementação do modelo, por isso, considerados os *stakeholders*, uma é coordenadora de uma UCC; três são utilizadoras dos serviços, uma é primigesta, uma é mãe recente e uma é mulher em idade fértil em fase de preconceção; duas são médicas de MGF, uma é recém-formada e outra é interna.

Com base na análise de conteúdo das entrevistas, foi possível obter informação pertinente que responde aos objetivos previamente formulados. Da organização dos dados, determinou-se cinco áreas basilares (categorias e subcategorias) que integram o enquadramento concetual do estudo e que estão identificadas na tabela 5.

Tabela 5 – Categorias e subcategorias do estudo

Categorias	Subcategorias
Aceitabilidade	Social
	Profissional
Qualidade dos cuidados	Melhoria dos cuidados
	Continuidade de cuidados
Fatores facilitadores	Acessibilidade dos serviços
	Formação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica
	Gestão eficiente de recursos
	Evidências de outros países
	Educação da população
Barreiras	Resistência dos profissionais
	Resistência por parte das grávidas
	Literacia da população
	Disponibilidade de recursos

	Políticas de saúde
	Fatores psicológicos da mulher
Enquadramento legal	Legislação existente
	Protocolos

4.2 Aceitabilidade do modelo

A aceitabilidade de um modelo é um aspeto crítico que influencia o seu sucesso e adoção em diferentes contextos, refletindo a disposição e a receptividade dos usuários, *stakeholders* e da comunidade em geral em relação ao modelo em questão. Para entender a aceitabilidade de um modelo, é fundamental considerar a satisfação dos envolvidos, a adequação às necessidades e expectativas, bem como os impactos percebidos.

A aceitabilidade de um modelo é um conceito multifacetado que abrange a percepção e a disposição das partes interessadas em adotar e utilizar o modelo.

A aceitabilidade do modelo *midwife-led care* tem sido objeto de estudo e discussão na área da saúde materna e obstétrica, tendo a literatura científica apontado para uma aceitabilidade positiva (Leap et al., 2010; Sandall et al., 2016).

Aceitabilidade social

A aceitabilidade social refere-se à disposição e à aceitação da sociedade em adotar e incorporar esse modelo na sua prática quotidiana, sendo influenciada por uma série de fatores, incluindo percepções públicas, valores culturais, normas sociais e considerações éticas. Para entender a aceitabilidade social de um modelo é fundamental considerar como ele se alinha com as necessidades e expectativas da sociedade em questão.

Do exposto anteriormente facilmente se compreende que a aceitabilidade social do modelo *midwife-led care* é um aspeto fundamental para a sua adoção e sucesso.

Analisando as entrevistas parece haver uma aceitação positiva por parte das participantes em geral, como podemos verificar nos testemunhos:

E1. *“Da aceitabilidade social, eu acredito que seria muito bem aceite, porque eu vejo uma quantidade de gestantes e de mães muito grande acedendo ao serviço de saúde (. . .). Eu acredito que há uma confiança muito grande no trabalho apresentado pelos EESMO (. . .) acredito que pais e demais envolvidos veriam com bons olhos e (. . .) buscariam muito o serviço prestado por EESMO (. . .) aceitabilidade da população, dos demais profissionais, e a nível gestor talvez reduzisse um pouco a possibilidade dessa implantação.”*

E2. *“(. . .) Os utentes aceitariam isso, na minha opinião, com perfeita convicção de que estariam bem acompanhados (. . .) Acredito que confiariam e estariam seguramente melhor até, em termos de acompanhamento (. . .).”*

E3. *“Acho muito interessante este modelo, gostaria até de um dia no futuro, eu própria seguir este modelo.”*

E4. *“(. . .) depende sempre da relação que também existe (com médico de família) (. . .) se existe alguém que é especialista nisso, devia ser essa pessoa a tomar conta do que faz parte (. . .) cada vez mais existe uma mente mais aberto a esse tipo de (mudança) (. . .) se calhar isto seria uma mais-valia.”*

E5. *“Em relação à população em si, eu acho que seria relativamente bem aceite porque (. . .) ela (enfermeira) é uma pessoa que é muito bem vista pela grávida (. . .) acho que a população não ia ser resistente a isso, porque ia ser aquela figura de referência e eles ficam contentes.”*

A resistência inicial pode estar relacionada com a tradição de cuidados médicos durante a gravidez, podendo ser superada com a informação da população e a crença de que as grávidas e as suas famílias veriam com bom grado e iriam procurar os serviços prestados por Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, depositando confiança nas suas competências. Estes fatores de formação e informação, aliados à continuidade de cuidados, assim como, a existência de um profissional de referência, parecem contribuir para a aceitabilidade do modelo.

Parece haver a crença de que, à medida que as pessoas se tornam mais abertas a diferentes abordagens de saúde, haveria uma aceitação cimentada na confiança da formação adequada

dos enfermeiros especialistas. Evidentemente, que a aceitação poderia variar de pessoa para pessoa, dependendo da relação pré-existente com o seu médico de família.

A aceitabilidade social do modelo, conforme refletida nas entrevistas, é sustentada por uma base sólida de evidências científicas. Várias pesquisas e estudos têm demonstrado uma alta taxa de satisfação das grávidas pelo tipo de abordagem, envolvimento ativo nas decisões sobre o parto, continuidade de cuidados e atenção personalizada proporcionada por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (Hattem et al., 2008; Leap et al., 2010; Sandall et al., 2016; Bartinelli, 2022).

A aceitação social pode ser reforçada quando as grávidas percebem que este modelo respeita, não só as suas escolhas, mas também origina resultados de saúde mais favoráveis, podendo variar de acordo com o contexto cultural e o sistema de saúde de um determinado país ou região.

Para uma das participantes, a mudança para este modelo pode não ser bem vista pela sociedade, devido à dependência histórica das opiniões médicas e à falta de literacia em saúde materna:

E3. *“Eu acho que não seria muito bem visto, aliás eu acho que a maioria das pessoas iria achar que este modelo iria ser insuficiente para a segurança da grávida.”*

Em algumas culturas, a figura do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica é altamente respeitada e aceite, enquanto noutras, pode haver resistência às mudanças. A colaboração eficaz entre EESMO e obstetras no sistema de saúde é fundamental para garantir a aceitação social e a segurança deste modelo (David et al., 2017).

Aceitabilidade profissional

A aceitabilidade profissional é um conceito que se refere à perceção e ao reconhecimento que os outros têm em relação a um indivíduo na sua área de atuação profissional, envolvendo a avaliação positiva da competência, habilidades, ética, conduta e comportamento de um profissional por parte da comunidade profissional e da sociedade em geral.

A aceitação profissional do modelo varia entre os entrevistados, enquanto uns sugerem que médicos e enfermeiros de família poderiam aceitar o modelo se houvesse um claro delineamento de responsabilidades e protocolos bem definidos, outros referem que pode haver alguma resistência por parte dos profissionais de saúde devido à novidade do modelo e possibilidade de alteração de competências:

E1. *“Eu penso que entre os demais profissionais talvez houvesse algum atrito por conta da novidade.”*

E3. *“(. . .) primeiro vai depender como o enfermeiro se vê (. . .) vai haver enfermeiros que vão aceitar isto de bom grado e vai haver enfermeiros que não (. . .). A nível de medicina acho que até vai haver pessoas que se calhar até vão perceber isto (. . .).”*

E4. *“(. . .) vai depender sempre do profissional e vai haver sempre quem aceite bem e quem aceite mal.”*

E5. *“Entre os médicos de família eu acho que até seria bem aceite (. . .) nós notamos que há verdadeiramente um benefício quando os enfermeiros são especialistas naquela área e que nos ajudam, facilitam muito mais o nosso trabalho.”*

E6. *“(. . .) dependendo de como o modelo se instaurasse, eu acho que ele poderia perfeitamente ser aceite (. . .) poderia perfeitamente ser aceite e, era uma maneira de, pelo menos pela parte dos médicos (de família) (. . .) remover também um bocadinho de trabalho.”*

De acordo com os testemunhos, a aceitação entre médicos de família parece ser mais provável, podendo existir resistência por parte dos médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia, uma vez que essa mudança poderia impactar com o seu trabalho e competências:

E3. *“A nível da medicina (. . .) vai haver pessoas que estão dependentes deste tipo de vigilância (que existe) e não vão aceitar isto muito bem, vão achar que isto é uma ameaça à sua profissão.”*

E5. *“(. . .) entre a parte dos médicos não sei até que ponto seria bem aceite (. . .) eles são formados para determinadas competências e quando estamos a tirar competências (. . .) os médicos obstetras e ginecologistas seriam mais contra, porque isso é a base da especialidade deles.”*

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica são profissionais de saúde altamente treinados, possuindo conhecimentos e habilidades necessários para cuidar das mulheres durante a gravidez, o parto e o pós-parto (WHO, 2016; ICM, 2017).

Algumas participantes expressaram preocupações sobre a segurança da vigilância da gravidez de baixo risco sem a supervisão direta de um médico:

E5. *“(. . .) se calhar deveria ser mantido um ponto de ligação por exemplo, uma vez por trimestre, com o médico de família que faz parte da equipa.”*

E6. *“Eu acho que é um modelo que faz sentido e que poderia acontecer, mas, se calhar, faz sentido também haver 2 ou 3 consultas durante a gravidez (. . .) ou, então pelo menos, de consultadoria se a enfermeira precisasse.”*

Estudos como o de McCourt et al. (2017) mostraram que, com educação e comunicação interprofissional adequada, muitos médicos e enfermeiros reconhecem os benefícios deste modelo, incluindo a redução das intervenções médicas desnecessárias.

A colaboração eficaz entre o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, enfermeiros e médicos é essencial para o sucesso do modelo. McLachlan et al. (2012) destacam que a construção de relacionamentos de confiança e respeito mútuo entre os profissionais de saúde é fundamental para garantir um atendimento seguro e centrado na mulher.

Alguns desafios na aceitação profissional incluem a resistência à mudança de práticas médicas tradicionais, bem como preocupações sobre a capacidade dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica em lidar com complicações obstétricas. No entanto, estudos como o de Sandall et al. (2016) destacam que, quando existem protocolos claros de referência e acesso a consultas médicas quando necessário, a aceitação profissional aumenta.

4.2. Qualidade dos cuidados

A qualidade dos cuidados de saúde é uma preocupação central em saúde, com múltiplas dimensões, incluindo eficácia, eficiência, segurança, acessibilidade, equidade e satisfação do doente (Institute of Medicine, 2001).

Melhoria dos cuidados

Várias entrevistadas referiram os potenciais benefícios deste modelo, como menor intervenção médica, melhores resultados maternos e perinatais e redução de custos. Também foi referido que o modelo poderá melhorar a qualidade dos cuidados, especialmente na gravidez de baixo risco, e que a especialização dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica resultaria numa vigilância mais eficaz e focada:

E1. *“(. . .) vejo uma vigilância da gravidez muito mais acurada, autónoma e muito mais próxima (. . .) melhoramento seria na qualidade do cuidado mesmo (. . .) da segurança e da confiança da mulher.”*

E2. *“(. . .) acho que teríamos ganhos em saúde consideráveis (. . .) teríamos muito a ganhar com um modelo destes (. . .) se temos profissionais altamente diferenciados, direcionados para o baixo risco (. . .) ganhávamos todos com isso.”*

E3. *“(. . .) Iria melhorar a qualidade muito (. . .)”; “Eu acho que pode vir a diminuir muito o número de cesarianas (. . .) ia reduzir se calhar muito, o número de instrumentalizações no parto (. . .) em Portugal está-se a ver uma espécie de revolta desta faixa, de grávidas, que já estão a dizer não às instrumentalizações desnecessárias.”*

E4. *“(. . .) Quando a vigilância é feita por um médico de família, esse médico de família não é especialista em saúde materna (. . .) vai trazer vantagens à grávida, até por uma questão de confiança (. . .) acho que a nível de confiança, mesmo os receios que a própria grávida pode ter, vai atenuar muito mais (. . .)”*

E5. *“(. . .) ela sentir-se-ia segura ao ser acompanhada por essa pessoa (Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica), sendo essa a pessoa de referência de seguimento da gravidez (. . .) sempre que estamos a trabalhar com alguém que é especialista naquela área, a tendência é para a melhoria dos cuidados (. . .) a perspetiva é essa, é melhorar os cuidados, acho que teria um impacto positivo.”*

Continuidade de cuidados

O modelo tem sido associado a um incremento da qualidade de cuidados, no que respeita à continuidade de cuidados, à redução de intervenções desnecessárias, a uma abordagem centrada na mulher e à promoção da autonomia das grávidas/famílias. Estes aspetos estão refletidos nas seguintes afirmações:

E4. “(. . .) eu acho que só ia melhorar, lá está, porque a resposta do serviço nacional de saúde não é assim tão rápida como nós queremos (. . .) é um acompanhamento individualizado, e isso é uma coisa para ti, é personalizado (. . .) a pessoa conhece-te e vai estar ali do início ao fim.”; “Eu acho que isso é uma coisa que evidentemente vai trazer vantagens à grávida, até por uma questão de confiança (. . .).”

E6. “(. . .) há áreas em que isto (bons cuidados de saúde) não acontece (. . .) isso leva a um défice do seguimento das grávidas (. . .) talvez parte desse problema ficasse até resolvido (. . .) se houver, lá está, também enfermeiros com essa disponibilidade (. . .) não sei se há défice ou não (. . .).”

A continuidade de cuidados é uma característica fundamental do modelo. As mulheres têm a oportunidade de estabelecer uma relação contínua com o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, o que tem sido associado a uma maior satisfação das grávidas com os cuidados e a taxas mais baixas de intervenções médicas, como cesarianas e uso de medicamentos para indução do parto (Sandall et al., 2016).

4.3. Fatores facilitadores

A implementação de um modelo pode ser facilitada por diversos fatores, que podem variar dependendo do contexto e da natureza do modelo em questão.

Acessibilidade dos serviços

Garantir a acessibilidade da mulher ao MLC melhora a sua experiência e contribui para resultados maternos e neonatais positivos. Ao adotar uma abordagem centrada na mulher e considerar as suas diversas necessidades, os serviços podem com eficácia promover uma gravidez, parto e pós-parto de qualidade, seguros e satisfatórios para todas as mulheres/famílias, independentemente da sua situação ou experiência (Leap et al., 2010; Renfrew et al., 2014). Estes aspetos também foram referidos por algumas das participantes:

E1. *“(. . .) eu vejo uma quantidade de gestantes e de mães muito grande acedendo ao serviço de saúde (. . .) acredito que pais e demais envolvidos veriam com bons olhos e eu acho que buscariam muito o serviço prestado por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (. . .) um acesso ao melhor nível de cuidados através da ESMO, pela unidade de saúde familiar.”*

E2. *“(. . .) poderíamos ter os recursos geridos de maneira a não fechar tantos os serviços de urgência, a não prejudicar tanto a população (. . .) Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica têm uma intervenção muito importante na comunidade (. . .)”*

E4 *“(. . .) uma pessoa que está grávida, recorrer assim ao médico de família não seja assim tão fácil (. . .) se tivermos alguém com quem podemos contar sempre, a confiança que nos vai passar também é completamente diferente enquanto grávidas (. . .) é um acompanhamento individualizado (. . .) faz com que a gravidez seja realmente vigiada de perto e corra tudo bem.”*

E5. *“(. . .) se a enfermeira especialista também tivesse colaboração com o hospital (. . .) Intercolaboração com o hospital (. . .) acho que também seria uma vantagem.”*

Formação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica

As participantes, nos seus depoimentos, consideram que o número de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica já existentes em Portugal e a formação que tem vindo a ser efetuada são oportunidades, resultando numa melhoria em termos de acessibilidade aos cuidados pré-natais, tornando-os mais disponíveis e personalizados:

E1. *“(. . .) a competência inerente ao trabalho dos EESMO, que é uma competência diferente do que se tem no modelo atual hoje, de enfermeiros e médicos gerais (. . .) acaba por ser um profissional que tem uma qualificação muito maior (. . .) é um profissional habilitado, competente, seguro, que tem habilidade para tal, tem conhecimento teórico, tem aplicabilidade prática (. . .)”*

E2. *“(. . .) temos profissionais altamente diferenciados, direcionados para o baixo risco (. . .)”*

E4. *“(. . .) uma enfermeira especialista sim, tem conhecimento na área, é a pessoa que terá mais formação (. . .) são pessoas especializadas.”*

E5. *“(. . .) da experiência que tive, já trabalhei com enfermeiras especialistas em saúde materna e noto que há uma diferença muito grande em relação à gravidez porque, quando a grávida chega a mim, eu já só tenho que tratar praticamente das partes burocráticas e das análises, e pedir as ecografias e os exames, e garantir que está tudo certinho”.*

Gestão eficiente de recursos

A estrutura física e os recursos disponíveis nas unidades de saúde familiar podem, também, ser aproveitados para implementar o modelo:

E1. “(. . .) o que facilitaria eu vejo que é o nº de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que já se tem, a possibilidade da formação de novos EESMO(. . .).”; “(. . .) não se precisa criar uma estrutura porque já se pode aproveitar uma estrutura já existente, o material (. . .) a própria organização do centro de saúde já facilitaria, pois poderia ser aproveitada por esse modelo (. . .) a própria organização do centro de saúde já facilitaria, pois poderia ser aproveitada por esse modelo.”; “(. . .) aliviaria um pouco da carga dos demais profissionais da unidade de saúde, por exemplo, o médico de família, o enfermeiro de família (. . .) a nível da equipe também haveria um ganho, o que poderia ser um facilitador também.”

E2. “(. . .) dotando os serviços dos recursos é perfeitamente fácil de operacionalizar (. . .).”

E5. “(. . .) o governo atual e com o serviço nacional de saúde atual é que eles querem aumentar as listas de utentes, portanto, médico de família e equipa de saúde familiar vai ter menos tempo para poder fazer as coisas bem feitas (. . .) um grande leque de oportunidade, porque os médicos iam estar ocupados com outras coisas (. . .).”; “(. . .) em termos políticos, de arranjamem as infraestruturas e implementar, até não acho que isso seja um problema (. . .) Seria mais uma questão de infraestruturas que temos e adaptá-las.”

E6. “(. . .) uma reestruturação de serviços em que, pelo menos um enfermeiro em cada unidade de saúde iria dedicar-se à parte de saúde materna (. . .) a maior oportunidade é haver falta de cuidados em alguns sítios (. . .) é precisar dele e a acessibilidade que seria possível.”

A mudança para este modelo poderia beneficiar regiões com falta de médicos de família, melhorando o acesso aos cuidados de saúde materna. No entanto, nas áreas com médicos de família suficientes, os benefícios poderiam estar mais relacionados com a gestão eficiente de recursos, reduzindo a sobrecarga de trabalho, especialmente em relação ao acompanhamento de grávidas de baixo risco e aumentando a disponibilidade para se concentrarem em outras áreas de atuação:

E4. “(. . .) libertar os médicos de família destes assuntos (. . .).”

E5. “(. . .) com o serviço nacional de saúde atual (. . .) médico de família e equipa de saúde familiar vai ter menos tempo para poder fazer as coisas bem feitas.”

E6. “(. . .) no Norte, que é onde estamos agora, os cuidados acabam por ser bastante abrangentes e as grávidas terem bons cuidados de saúde no geral (. . .) mais para Lisboa, para a zona sul há um défice de médicos de família e, isso leva a um défice do seguimento das grávidas (. . .). Quando falamos de zonas que já estão a ser no fundo bem acompanhadas (. . .) iria tirar carga aos médicos e permitiria ver os outros grupos com maior especificidade.”

Evidências de outros países

Na perspetiva das participantes, a disponibilidade de evidências positivas de outros países que já implementaram este modelo pode ser um fator favorável à sua implementação em Portugal:

E2. “(. . .) se houver disponibilidade política para que aconteça, temos tanta capacidade para o fazer, como a têm outros países onde isso já acontece com bons resultados. É uma questão de vontade (. . .) não estando implementado neste contexto em Portugal, mas temos já evidências de alguns centros, de unidades que funcionam com uma metodologia um bocadinho diferente e que têm resultado incríveis (. . .).”

E4. “É um percurso de 9 meses em que está sempre ali alguém connosco, é um percurso em que a grávida vai se sentir mais tranquila (. . .) está tudo alinhado para que efetivamente os resultados sejam de sucesso (como em outros países).”

E5. “(. . .) acho que sim, que os resultados poderiam ser os mesmos que existem nos outros países (. . .) se está provado noutros países que isso é eficaz, não há motivos a priori para recusarmos, mas é uma batalha longa que vocês vão ter nesse aspeto.”

E6. “(. . .) Penso que sim (. . .) a nossa população é uma população europeia que tem bons acessos (teríamos resultados como em outros países).”

Educação da população

Melhorar a educação da população e empoderar as grávidas para tomarem decisões informadas é vista como uma oportunidade importante. A promoção de campanhas de informação para garantir que as grávidas compreendam e aceitem este novo modelo foram aspetos referidos pelas participantes:

E2. “(. . .) é preciso informar a população convenientemente, eu acho que é uma coisa em que Portugal falha muito (. . .) tínhamos muitos ganhos em explicar isto às pessoas, que passariam a ter uma gravidez vigiada por um profissional diferenciado naquela área.”

E3. *“(. . .) educação da população (. . .) educar no sentido de autorresponsabilização, da literacia nestas áreas (. . .) só a perpetuação deste tipo de pensamentos no futuro é que vai permitir que as grávidas escolham este caminho (. . .) É preciso muita sensibilização, muitas ações de sensibilização (. . .) eu (mulher grávida) estou informada, estou empoderada, sei o que tenho de fazer, sei os riscos e escolho isto.”*

E4. *“(. . .) É informarem-te de tudo, de todas as alternativas e tu, mediante essa informação, vais tomar uma decisão consciente e informada.”*

E6. *“(. . .) teria de haver uma grande educação para a saúde nesse sentido, umas campanhas dirigidas mesmo pela saúde pública, no sentido de informar as grávidas acerca desta mudança e dar-lhes a conhecer (o modelo).”*

A implementação do modelo pode ser facilitada por uma série de fatores que promovem a segurança e a satisfação das grávidas, podendo variar de acordo com o contexto de saúde. Alguns dos fatores que podem ser considerados como facilitadores são: colaboração interprofissional, educação contínua do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, gestão adequada de recursos, envolvimento das grávidas, existência de evidências científicas e protocolos de referenciação (Renfrew et al., 2014; WHO, 2016; Homer, 2016; Sandall et al., 2016).

Uma colaboração eficaz entre Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, obstetras, enfermeiros e outros profissionais de saúde é fundamental, pois o trabalho em equipa pode melhorar a coordenação dos cuidados e garantir que as grávidas recebam a assistência certa no momento certo.

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica precisam de uma prática sólida e educação contínua para manter as suas competências atualizadas e fornecer cuidados de qualidade.

O apoio das instituições de saúde é fundamental, o que inclui dotação adequada de recursos, incluindo pessoal e infraestrutura, bem como políticas que promovam a implementação do modelo.

As grávidas devem ser informadas e envolvidas no seu próprio cuidado, incluindo a partilha de informações sobre os benefícios e riscos dos diferentes modelos de assistência ao parto.

O modelo é baseado em evidências científicas, pelo que, a pesquisa contínua e a adaptação das práticas de acordo com as últimas descobertas são essenciais. Também, a existência de

protocolos claros para referenciar a grávida, a obstetras ou outros especialistas em caso de complicações, é crucial para garantir a sua segurança.

4.4. Barreiras

A implementação de um modelo pode encontrar várias barreiras e desafios ao longo do processo. Essas barreiras podem ser técnicas, organizacionais, financeiras ou culturais e, variar de acordo com o contexto de cuidados de saúde de cada país e o seu sistema de saúde.

O sucesso e a eficácia da implementação dependem de fatores como atualização contínua, regulamentação, custos financeiros e disponibilidade de recursos (Renfrew et al., 2014; Sandall et al., 2016).

Resistência dos profissionais

De acordo com os testemunhos, as barreiras à implementação do MLC, em Portugal, incluem resistência à mudança por parte dos profissionais de saúde, especialmente médicos especialistas em obstetrícia e ginecologia, que veem esta mudança como uma ameaça às suas competências e prática:

E1. *“(. . .) também que pode haver essa resistência dos demais profissionais que trabalham na equipa (. . .).”*

E2. *“(. . .) enquanto enfermeiros, nós vamos encontrar muitas barreiras que nos limitam porque depois há, está tudo muito médico-centrado (. . .). Somos naturalmente muito resistentes à mudança (. . .) mais se calhar, a nós profissionais do que aos utentes.”*

E3. *“Provavelmente a ordem dos médicos irá tentar impor-se, tentar dizer que não (. . .).”*

E4. *“A mentalidade das pessoas (. . .) depende um bocadinho de cada pessoa e da aceitação de cada pessoa, e dos próprios médicos, profissionais de saúde (. . .).”*

E5. *“(. . .) também há a parte da resistência, pode haver aqueles médicos (. . .) que decidem “não, eu quero manter tudo como era no modelo antigo” (. . .) a opinião das pessoas (pode limitar a concretização), porque ainda assim uma franja de profissionais de saúde que são assim muito fundamentalistas (. . .) especialmente os colegas obstetras (. . .) acho que era mesmo o maior impedimento deles todos.”*

E6. *“(. . .) mesmo por parte das classes profissionais (. . .) pode haver por parte dessa classe obstétrica boicote (. . .) se calhar a parte da obstetrícia teria de ter uma opinião a dizer acerca disto.”*

Resistência por parte das grávidas

Também pode haver resistência à mudança por parte das grávidas:

E1. *“(. . .) pode haver aquelas que têm uma dificuldade maior, por talvez não compreender, não conhecer da atuação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.”*

E3. *“(. . .) existe uma dependência muito grande do médico neste tipo de vigilâncias.”*

E6. *“(. . .) a adesão das grávidas, em primeiro lugar, que podem inicialmente não se sentir seguras (. . .).”*

A resistência à mudança por parte de profissionais de saúde e instituições é uma barreira significativa. Em alguns sistemas de saúde, pode haver resistência por parte de médicos e outros profissionais em relação ao modelo, o que pode afetar a colaboração interprofissional (Sandall et al., 2008). Algumas equipas médicas e hospitais podem ser relutantes em adotar um modelo que coloca os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica no centro dos cuidados, especialmente se isso significar uma mudança significativa na hierarquia tradicional de cuidados de saúde (Homer et al., 2017).

Literacia da população

Algumas participantes referiram a necessidade de superar mentalidades enraizadas e conscientização da população, melhorando a literacia sobre o novo modelo e o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica:

E1. *“(. . .) haveria que se ter um trabalho de consciencialização da população (. . .) acredito, que teria que haver uma literacia em termos de população em geral, isso sim, da população em geral, até mesmo dos profissionais aqui incluídos.”*

E2. *“(. . .) gera-se muito esta coisa médico-centrista das pessoas acharem que o conhecimento está exclusivamente no médico e não está (. . .) os debates e os temas não chegam a sítios estratégicos por muita vontade que a gente tenha e temos bons profissionais, temos pessoas espetaculares, mas depois é difícil a implementação e fica pouco na esfera pública.”*

E3. *“(. . .) maioria das pessoas iria achar que este modelo iria ser insuficiente para a segurança da grávida (. . .) a maioria da sociedade está, para já, está muito mal-educada relativamente ao papel do médico e do enfermeiro neste contexto (. . .) as pessoas têm baixa literacia em saúde, portanto dependem muito da opinião médica (. . .)”*

E4. *“(. . .) A mentalidade das pessoas (. . .)”*

A declaração das participantes vai ao encontro de Sandall et al. (2016) que referem que a falta de conscientização e educação pública sobre o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e os benefícios do modelo podem afetar a sua aceitação por parte das mulheres grávidas e das suas famílias.

Disponibilidade de recursos

Também pode haver desafios logísticos na implementação deste novo modelo, como a disponibilidade de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica e as questões financeiras relacionadas com o custo da formação e contratação de enfermeiros especialistas:

E1. *“(. . .) o pagamento do ordenado dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, se tem alguma diferença entre os EESMO e os enfermeiros gerais (. . .)”*

E3. *“(. . .) é preciso muitos enfermeiros com muita informação (. . .)”*

E4. *“Provavelmente também o dinheiro do estado, são pessoas especializadas, logo têm que receber por isso, disponibilizar todos os meios para isso também (. . .) a nível monetário e tudo o que seja infraestruturas, todos os meios que são necessários para isso.”*

E5. *“(. . .) pode ser a dificuldade das infraestruturas (. . .) pode haver uma falta de recursos humanos que dificultem um bocadinho todo este processo.”*

A falta de financiamento adequado pode ser uma das principais barreiras para a implementação do modelo, pois pode afetar a disponibilidade de ensino e prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, os recursos e as infraestruturas necessários para oferecer este tipo de cuidado de forma abrangente (Sandall et al., 2016). A implementação bem-sucedida do

modelo pode ser desafiadora em áreas com recursos limitados, como instalações de parto inadequadas, falta de equipamentos médicos e falta de acesso a serviços de referência em caso de complicações (Sandall et al., 2016).

Políticas de saúde

Outro aspeto referido, considerado de extrema importância, são as políticas de saúde e a sua implementação. Regulamentações e leis que não reconhecem ou apoiam adequadamente o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica podem dificultar a implementação do modelo, assim como, restringir as funções que estes podem desempenhar neste sentido (Sandall et al., 2016). Estes aspetos também são referidos no testemunho das participantes:

E1 *“(. . .) no âmbito de gestão política, de conscientizar gestores da importância do modelo.”*

E2. *“(. . .) se politicamente houvesse interesse, as barreiras rapidamente se transporiam.”*

E4. *“Sinceramente, eu não consigo ver nenhum fator negativo no modelo (. . .) só se forem os entraves legislativos (. . .).”*

E5. *“(. . .) o resto é sempre tudo muito político (desafios na implementação).”*

Fatores psicológicos da mulher

Por último, uma das participantes destacou os fatores psicológicos da mulher grávida e a falta de apoio do companheiro e dos seus familiares, como uma barreira para a implementação do modelo:

E3. *“A nível da mulher em si, pode ter a ver com fatores psicológicos da mulher (. . .) se existir pressão por parte dos familiares para ela não fazer isso, se existir pressão por parte do marido e a pessoa não for segura de si, isso vai ser um entrave.”*

A implementação do modelo pode ser influenciada por diversos fatores psicológicos das mulheres envolvidas que podem moldar as suas atitudes, perceções e experiências. O apoio da família, amigos e parceiros desempenha um papel crucial na decisão da mulher sobre o modelo de assistência pretendido. Mulheres com forte apoio social podem sentir-se mais seguras ao escolher o modelo MLC (Iida et al., 2015).

4.5. Enquadramento legal

O enquadramento legal desempenha um papel fundamental na implementação de um modelo. A conformidade com regulamentos e leis relevantes é essencial para garantir a legalidade, a ética e a responsabilidade da sua implementação.

Legislação existente

Todas as participantes afirmam que a legislação existente parece oferecer uma base sólida para a implementação do modelo, podendo ser considerada a possibilidade de enquadramentos legais adicionais que garantam a presença e o papel dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica nas unidades de saúde familiar e a forma de aceder a estes profissionais:

E1. *“(. . .) no Brasil é uma obrigatoriedade, o enfermeiro realizar consulta de enfermagem (. . .). Poderia haver o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no centro de saúde, nas unidades de saúde familiar (. . .) uma coisa que assegurasse a necessidade e importância, obrigatoriedade.”*

E2. *“Não acho que seja preciso outro enquadramento legal (. . .) era preciso era vontade de implementar, quer nas direções, quer nas chefias intermédias, quer depois operacionalizado na prática.”*

E4. *“(. . .) acho que isso é só uma coisa efetivamente sair cá para fora, que as pessoas tivessem conhecimento (. . .) onde é que podemos procurar, onde é que eles estão disponíveis (. . .) o modelo sendo implementado, iria ser praticamente uma lei.”*

E5. *“(. . .) Não é preciso uma lei (específica) (. . .) É uma questão de adaptar esse programa (vigilância da gravidez de baixo risco) e implantá-lo (. . .). Agora, uma legislação específica não.”*

E6. *“(. . .) a nível de lei, penso que não”.*

Protocolos

No entanto, a criação de protocolos específicos e diretrizes de atuação seria essencial para orientar a prática, assim como, a necessidade de adaptação do programa de vigilância da gravidez de baixo risco existente:

E3. *“Eu acho que é importante dentro da comunidade e da equipa multidisciplinar isto esteja bem definido (. . .) existir protocolos (. . .) informar as pessoas daquilo que está protocolado.”*

E5. *(. . .) Se já existe o protocolo (vigilância da gravidez de baixo risco), é uma questão de aplicar o protocolo.”*

E6. *“(. . .) acho que pelo menos no programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco devia estar explícito que o seguimento é feito pela equipa de enfermagem, e de que forma, e em que momentos é que justifica a consulta médica.”*

E6. *“(. . .) aquilo que seria necessário, seria a criação de protocolos especializados, de protocolos de atuação, não é, de normas de orientação, como existem noutros programas de saúde.”*

O modelo *Midwife-Led care* é amplamente reconhecido e adotado em muitos países em todo o mundo, mas as leis e regulamentações que o governam podem variar de acordo com o local. A OMS e a Confederação Internacional de Parteiras têm desenvolvido diretrizes e recomendações para a prática dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica a nível global (ICM, 2014; Sandall et al., 2016; WHO, 2016). As organizações profissionais de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica desempenham um papel importante na promoção do modelo e na defesa dos seus interesses, podendo fornecer orientações e recursos legais relevantes.

CONCLUSÃO

O modelo *midwife-led care* é definido como um modelo de atendimento em que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica assume a responsabilidade principal pelo cuidado da mulher durante todo o processo, desde o período pré-natal até ao pós-parto. Este modelo enfatiza a importância da relação de confiança entre o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica e a grávida, tendo por base práticas baseadas em evidências científicas e em respeito às necessidades da mulher. Está fundamentado em princípios-chave que destacam a centralidade da mulher e a valorização da fisiologia do parto, incluindo aspetos como a autonomia da mulher, a continuidade de cuidados e a valorização da fisiologia do parto, através de uma abordagem holística.

Nos últimos anos, o modelo *midwife-led care* tem ganho reconhecimento como uma abordagem centrada na mulher e na família, valorizando a fisiologia do parto e promovendo uma experiência mais satisfatória para as grávidas.

A gravidez é um momento especial na vida de uma mulher e a sua acessibilidade a cuidados adequados desempenha um papel crucial na saúde materna e fetal. Em Portugal, o Programa Nacional de Vigilância da Gravidez de Baixo Risco tem contribuído para melhorar a qualidade da vigilância pré-natal, embora ainda existam lacunas quanto à recomendação do profissional mais adequado para essa vigilância.

Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/*midwives* são treinados para oferecer cuidados centrados na mulher, respeitando as suas necessidades, desejos e autonomia, desempenhando um papel abrangente desde o período pré-natal até ao pós-parto, promovendo um estilo de vida saudável, apoiando emocionalmente as grávidas e oferecendo informações fundamentais sobre a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido.

Além dos benefícios inegáveis para as mulheres, o modelo também tem o potencial de ser custo-efetivo e sustentável para o sistema de saúde. Reduzir o uso de intervenções desnecessárias e

direcionar os recursos com base nas competências dos profissionais pode contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados e a eficiência financeira. No entanto, a implementação deste modelo enfrenta desafios, incluindo a resistência de profissionais de saúde e a falta de apoio institucional.

É fundamental analisar os fatores que facilitam ou dificultam a sua implementação em Portugal, visando aprimorar o suporte aos profissionais de saúde e promover práticas baseadas em evidências científicas.

A realização do presente estudo teve como finalidade global contribuir para a implementação do modelo *midwife-led care* na vigilância da gravidez de baixo risco em Portugal através do desenvolvimento de um instrumento de colheita de dados e teste piloto da sua robustez na determinação das barreiras e fatores facilitadores da implementação do referido modelo.

Após as adaptações necessárias o guião de entrevista desenvolvido conseguiu captar a informação que se pretendia. As entrevistadas compreenderam as perguntas elaboradas e foi possível através do estudo piloto identificar algumas barreiras e facilitadores ao modelo *midwife-led care* em Portugal percebidas pelos entrevistados.

A análise de conteúdo do resultado das entrevistas parece indicar que a implementação do modelo *midwife-led care* em Portugal é viável e poderá oferecer potenciais benefícios significativos para as grávidas e para o sistema de saúde. No entanto, na perspetiva dos respondentes, é necessário um esforço coordenado para superar desafios e garantir que a transição ocorra de forma eficaz, assegurando cuidados de alta qualidade e seguros para todas as grávidas, o que requer educação pública, colaboração interprofissional e uma abordagem cuidadosa na elaboração de políticas e protocolos.

De acordo com a metodologia selecionada, os dados obtidos e a análise e tratamento destes, levaram à identificação de cinco categorias relevantes e respetivas subcategorias, para identificar as barreiras e fatores facilitadores à implementação do modelo *midwife-led care*, em Portugal.

Com base nas análises das entrevistas realizadas pode-se concluir que esta mudança representa uma oportunidade significativa para melhorar a qualidade dos cuidados pré-natais no país. Apesar disso, também é evidente que existem desafios a ser superados para que esta transição de cuidados seja bem-sucedida.

A aceitação social parece depender da educação pública e da conscientização sobre o papel e as competências dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica. As grávidas e suas famílias precisam compreender que este modelo mantém um alto padrão de cuidados e que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica são profissionais altamente qualificados e preparados para fornecer assistência durante a gravidez, parto e pós-parto.

A aceitação profissional varia entre os diferentes grupos de profissionais de saúde. Os médicos de família parecem aceitar a mudança mais facilmente, se houver protocolos claros e cooperação interprofissional. No entanto, os especialistas em obstetrícia podem apresentar maior resistência devido à percepção de possível usurpação de competências.

A qualidade dos cuidados é um fator chave nesta mudança. A formação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica pode levar a uma vigilância mais precisa e personalizada da gravidez, reduzindo intervenções desnecessárias e melhorando os resultados maternos e perinatais. Além disso, esta abordagem pode ser mais custo-efetiva a longo prazo, reduzindo os custos associados a intervenções médicas excessivas.

As oportunidades incluem a possibilidade de melhorar o acesso aos cuidados pré-natais em áreas com falta de médicos de família e de libertar recursos para outras áreas da atenção primária à saúde. No entanto, também há desafios, como a resistência de alguns profissionais de saúde, questões logísticas e a necessidade de educação pública.

A legislação existente parece oferecer uma base sólida para a implementação do modelo, sendo importante desenvolver protocolos específicos e diretrizes de atuação para orientar a prática.

Tendo por base os resultados obtidos, considera-se pertinente salientar alguns dos aspetos referidos: o modelo *midwife-led care* pode contribuir para uma maior equidade de acesso aos cuidados de saúde materna e obstétrica, o empoderamento da grávida/casal/família, e a perspectiva de o modelo poder ser um impulsionador da taxa de natalidade justificam a necessidade de se unirem esforços no sentido de trazer para a discussão pública esta temática.

Relativamente às limitações deste estudo, é importante destacar a representatividade de todos os *stakeholders* previamente definidos, uma vez que todos estes farão parte da amostra final do estudo a desenvolver.

Este estudo piloto cumpriu o seu objetivo, permitiu o desenvolvimento do instrumento de avaliação, e testou a sua capacidade em captar as barreiras e facilitadores ao modelo *midwife-*

led care sob a perspectiva dos *stakeholders*, aumentando assim o rigor e qualidade de investigação do estudo a realizar, e reduzindo o viés. Identificou também, preliminarmente, importantes fatores que impactam a implementação do modelo *midwife-led care*, importantes para o início do debate sobre que modelos de cuidados deverão ser utilizados em Portugal para a assistência na gravidez e o parto, fornecendo evidência e reflexões que orientem profissionais de saúde, gestores e decisores políticos interessados na promoção da qualidade de cuidados à grávida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Nurses Association. (2015). *Nursing: Scope and Standards of Practice*. American Nurses Association.
- Associação Médica Mundial. (2008). Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial: Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. <https://www.ulsba.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsinquia.pdf>
- Australian College of Midwives. (2017). *Continuity of Care Handbook*. <https://midwives.org.au/common/Uploaded%20files/Continuity%20of%20Care%20Handbook.pdf>
- Anderson, B. A., Stone, S. E. (2013). *Best Practices in Midwifery: Using the Evidence to Implement Change*. Springer Publishing Company.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70.
- Barnett, S., & Wilkins, C. (2015). Midwifery continuity of care: Implementation lessons from New Zealand. *Women and Birth*, 28(1), 73-78.
- Barnett, S., & Nurmohamed, L. (2016). What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. *Midwifery*, 39, 88-104.
- Batinelli, L., Thael, E., Leister, N., McCourt, C., Bonciani, M., & Rocca-Ihenacho, L. (2022). What are the strategies for implementing primary care models in maternity? A systematic review on midwifery units. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 22(1), 1–21. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04410-x>
- Beech, B. L., Phipps, M. G., & Markenson, G. (2018). Midwifery and obstetrics: Partners in care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 218(1), 100-103.

- Begley, C. M., Devane, D., Clarke, M., & McCann, C. (2011). Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: A randomized trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 11(1), 85.
- Birthplace in England Collaborative Group. (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low-risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343, d7400. <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d7400>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7), CD003766.
- Bohren, M. A., Berger, B. O., Munthe-Kaas, H. M., Tunçalp, Ö., Perel, P., & Hodnett, E. D. (2019). Perceptions and experiences of labor companionship: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD012449.
- Budin, W. (2015). Midwifery-Led Maternity Care: Back to Basics. 24(2): 75–77. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4744343/>
- Casteed, A., & Bridier, N. (2021). Describing Populations and Samples in Doctoral Student Research. *International Journal of Doctoral Studies*, 16. <http://ijds.org/Volume16/IJDSv16p339-362Casteel7067.pdf>
- Catling, C. J., Homer, C. S., Foureur, M. J., & Due, C. (2015). Publicly funded homebirth in Australia: A review of maternal and neonatal outcomes over 6 years. *Medical Journal of Australia*, 203(1), 21-25.
- Costa, R. M., Oliveira, A. B., Silva, M. J., & Santos, L. P. (2020). Nursing Political Strategies: Contributions to Health Care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 3), e20180310.
- Cramer, R. (2021). *Birthing a Movement: Midwives, Law, and the Politics of Reproductive Care*. Stanford University Press. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=e000bww&AN=2689364&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Creswell, J. (2013). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications. https://spada.uns.ac.id/pluginfile.php/510378/mod_resource/content/1/creswell.pdf
- Creswell, J. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Sage Publications. Third Edition. https://www.ucg.ac.me/skladiste/blog_609332/objava_105202/fajlovi/Creswell.pdf
- Creswell, J., & Poth, C. (2017). *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. Sage Publications.

- Davies, R., Davis, D., & Pearce, M. (2012). Midwives' and obstetricians' knowledge and management of women in midwife-led care: A national survey. *Midwifery*, 28(6), 800-805.
- Davis, D. L., & Walker, K. (2002). The Medicalization of Pregnancy and Birth: The Consequences and Costs. *Sociology of Health & Illness*, 24(6), 761-792. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00315>
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., Hunter, M., Benn, C., Wilson, D. & Dixon, L. (2011). Planned place of birth in New Zealand: Does it affect mode of birth and intervention rates among low-risk women? *Birth*, 38(2), 111-119.
- Davis, D., Baddock, S., Pairman, S., & Hunter, M. (2017). An exploration of the historical, social and cultural factors influencing midwifery and childbirth in Pakistan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 270.
- De Jonge, A., Geerts, C. C., van der Goes, B. Y., Mol, B. W., & Buitendijk, S. E. (2015). Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529,688 low-risk planned home and hospital births. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(5), 720-728.
- Dicionário Infopédia da Língua Portuguesa (2023). Porto Editora. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/eficacia>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>
- D'haenens, F., Rompaey, B. V., Swinnen, E., Dilles, T., & Beeckman, K. (2020). The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 30(4), 749–760. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz082>
- Dharni, N., Essex, H., Bryant, M. J., Cronin de Chavez, A., Willan, K., Farrar, D., Bywater, T., Dickerson, J., & Better Start Bradford Innovation Hub. (2021). The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 205.
- Drennan, J. (2012). Management in nursing: the leadership skills of nurses managing the care of patients with an acute medical admission. *Journal of Nursing Management*, 20(7), 855-861.
- Duffield, C., Gardner, G., Chang, A. M., Catling-Paull, C., & Doubrovsky, A. (2011). Advanced nursing practice: a global perspective. *Collegian*, 18(2), 77-85.
- Farrar, D., Bryant, M., Willan, K., Cronin de Chavez, A., Dickerson, J., Bywater, T., Essex, H., & Dharni, N. (2021). The key components of a successful model of midwifery-led continuity of carer, without continuity at birth: findings from a qualitative implementation evaluation.
- Franjić, S. (2019). Midwifery in Health Care System. *J Gynecol Res Obstet*, 5(1), 005-008. <https://doi.org/10.17352/jgro.000061>
- Forster, D., McLachlan, H., Davey, M., Biro, M., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., & Waldenström, U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS

randomised controlled trial. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0798-y>

Fortin, M. (2009). O processo de investigação: Da concepção à realização. Louvain-la-Neuve: Presses universitaires de Louvain.

Garg, R., Garg, A., & Sharma, A. (2017). Continuity of care during pregnancy and childbirth: A review of the evidence in the developed and developing world. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 36(1), 6.

Giltinane, C. L. (2013). Leadership styles and theories. *Nursing Standard*, 27(41), 35-39.

Gonçalves, A. S., Ferreira, I. M., Pestana-Santos, M., McCourt, C., & Prata, A. P. (2022). Antenatal care policy in high-income countries with a universal health system: A scoping review. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 32. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100717>

Gunawan, J., Aunguroch, Y., Fisher, M., McDaniel, A., & Marzilli, C. (2020). Managerial Competence of First-Line Nurse Managers in Public Hospitals in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1017. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S269150>

Haguette, T. (1997). *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 5ª Edição. Editora Vozes.

Hancock, H. C., Relf, M., Daly, B., & Jones, W. (2012). Leadership practices and competencies required of nurse managers in orthopaedic and trauma units. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 102-113.

Hartz, D. L., Foureur, M. J., & Tracy, S. K. (2012). Australian private midwives with hospital visiting rights in Queensland: Structures and processes impacting clinical outcomes. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12(1), 1-14.

Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub2>

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003766.

Homer, C. S., Davis, G. K., Brodie, P. M., & Sheehan, A. (2001). Collaboration in maternity care: a randomised controlled trial comparing community-based continuity of care with standard hospital care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 108(1), 16-22.

Homer, C. (2016). Models of maternity care: evidence for midwifery continuity of care. *The Medical Journal of Australia*, 205(8), 370–374. <https://doi.org/10.5694/mja16.00844>

Homer, C., Leap, N., Edwards, N., Sandall, J., & Midwifery Continuity of Care Study Team. (2017). Cultural competency training for health professionals in obstetric and neonatal care: Randomized controlled trial. *Women and Birth*, 30(3), 229-237.

- Homer, C. S., Leap, N., Edwards, N., Sandall, J., & Group, B. S. (2017). Midwifery continuity of care in an area of high socio-economic disadvantage in London: A retrospective analysis of Albany Midwifery Practice outcomes using routine data (1997–2009). *Midwifery*, 45, 7-14.
- Iida, M., Horiuchi, S., Nagamori, K., & Nakayama, T. (2015). Women's Perceptions of Social Support During Childbirth. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2863-2871.
- ICM (International Confederation of Midwives). (2014). Essential Competencies for Basic Midwifery Practice. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-basic-midwifery-education-standards-2018.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2017). Position Statement Midwifery Led Care, the First Choice for All Women. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/eng-midwifery-led-care-the-first-choice-for-all-women.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2017). Essential competencies for basic midwifery practice. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/05/eng-basic-midwifery-standards-2018-final-web.pdf>
- International Confederation of Midwives. (2019). Midwives' roles and responsibilities in health systems: A global consultation. *The Hague: International Confederation of Midwives*.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *National Academies Press*. <https://www.med.unc.edu/neurosurgery/wp-content/uploads/sites/460/2018/10/Crossing-the-Quality-Chasm.pdf>
- Jamshed, S. (2014). Qualitative research method-interviewing and observation. *Journal of Basic and Clinical Pharmacy*, 5(4). <https://doi.org/10.4103/0976-0105.141942>
- Jepsen, I. R., Mark, E., & Foureur, M. (2017). Experiences of early labour management from perspectives of women, labour companions and health professionals: A systematic review of qualitative evidence. *Midwifery*, 51, 42-53.
- Koifman, L. (2001). O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. *Historia, Ciências, Saude-Manguinhos*, 8(1). <https://doi.org/10.1590/S0104-59702001000200003>
- Leap, N., Ulli, H., Sandall, J., & Buckland, S. (2010). Journey to confidence: Women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *J Midwifery Womens Health*, 55(3):234-42. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.001>
- Malmqvist, J., Hellberg, K., Möllås, G., Rose, R. & Shevlin, M. (2019). Conducting the Pilot Study: A Neglected Part of the Research Process? Methodological Findings Supporting the Importance of Piloting in Qualitative Research Studies. *International Journal of Qualitative Methods*. <https://doi.org/10.1177/1609406919878341>
- Marquis, B., & Huston, C. (2018). *Liderança e Gestão de Enfermagem: Teoria e Aplicação*. 8ª ed. Artmed Editora.

- Mason, D. J., Gardner, D. B., Outlaw, F. H., & O'Grady, E. T. (2015). *Policy & Politics in Nursing and Health Care*. Elsevier Health Sciences.
- McCourt, C., Rayment, J., Rance, S., Sandall, J., & Anagnostou, V. (2017). Elucidating the Relationships between Foresight and Hindsight in Midwifery Practice. *Women and Birth*, 30(6), 467-474.
- McLachlan, H., Forster, D., Davey, M., Farrell, T., Gold, L., Biro, M., & Albers, L. (2012). Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(12), 1483-1492.
- McLachlan, H., Forster, D., Davey, M., Farrell, T., Gold, L., Biro, M., & Waldenström, U. (2017). The effect of primary midwife-led care on women's experience of childbirth: Results from the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(8), 1168-1179. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14582>
- Mendes, E. V. (2012). O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1ª Edição. <https://livros.unb.br/index.php/estante/catalog/book/282>
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook*. Sage publications.
- Mitchell, P. H., Ferketich, S., Jennings, B. M. (2014). Quality health outcomes model. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 27(4), 272-277.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento n.º 101/2015. Diário da República, 2.ª série — N.º 48 — 10 de março de 2015.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2016). Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. <https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250800/2/WHO-RHR-16.12-por.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2018). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo. <https://www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferletterPG.pdf>
- Pappu, N. I., Öberg, I., Byrskog, U., Raha, P., Moni, R., Akhtar, S., Barua, P., Das, S. R., De, S., Jyoti, H. J., Rahman, R., Sinha, G. R., & Erlandsson, K. (2023). The commitment to a midwifery centre care model in Bangladesh: An interview study with midwives, educators and students. *PLOS ONE*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271867>
- Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., & Downe, S. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145.

- Renfrew, M., McFadden, A., Bastos, M., Campbell, J., Channon, A., Ngai Fen Cheung, Delage Silva, D., Downe, S., Kennedy, H., Malata, A., McCormick, F., Wick, L., & Declercq, E. (2015). Midwifery and Quality Care: Findings From a New Evidence-Informed Framework for Maternal and Newborn Care. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 70(1), 15–17. <https://doi.org/10.1097/01.ogx.0000460706.27837.c4>
- Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, M., Artioli, G., Foa, C., & Ner, I. (2019). The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed for Health Professions*, 90(S. 6: 41-52). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776178/>
- Rigg, E. C., & Schmied, V. (2010). The experiences of midwives in practice: Reconciling the expectations of different stakeholders. *Health Sociology Review*, 19(4), 456-469.
- Sandall, J., Hatem, M., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2008). Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. *Midwifery*, 24(4), 357-360. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010>.
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*, 4(9), Cd004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Schofield, L. C., & Walsh, D. (2017). The role of midwives in maternity care. *Medical Journal of Australia*, 206(8), 344-348.
- Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2017). *Health Care Management: Organization Design and Behavior*. Cengage Learning.
- Silva, R. M., & Gomes, A. M. T. (2017). *Assistência de enfermagem nas práticas de cuidado em saúde coletiva*. Editora Rubio.
- Silvestre, M. J., Fialho, I., & Saragoça, J. (2014). Da palavra à construção de conhecimento científico: um olhar reflexivo e meta-avaliativo sobre o guião de entrevista. *Comunicação & Informação*, 17(2), 119-138.
- Simpson, K., & Catling, C. (2016). Understanding why midwives and doctors perform episiotomies: a systematic review of the literature. *Birth*, 43(2), 133-140.
- Symon, A., Pringle, J., Cheyne, H., Downe, S., Hundley, V., Lee, E., Lynn, F., McFadden, A., McNeill, J., Renfrew, M., Davie, M., van Teijlingen, E., Whitford, H., & Alderdice, F. (2016). Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0944-6>
- Sobrinho, J. (2008). Avaliação educativa: produção de sentidos com valor de Formação. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, v. 13, n. 1, p.193-208, mar. 2008.

- Turienzo, C., Bick, D., Briley, A., Bollard, M., Coxon, K., Cross, P., Silverio, S., Singh, C., Seed, P., Tribe, R., Shennan, A., & Sandall, J. (2020). Midwifery continuity of care versus standard maternity care for women at increased risk of preterm birth: A hybrid implementation-effectiveness, randomised controlled pilot trial in the UK. *PLoS Medicine*, 17(10), e1003350. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003350>
- Walsh, D., & Devane, D. (2012). A metasynthesis of what women of low socioeconomic status in the United States say about childbearing: Implications for maternity nurses. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 41(6), 797-805.
- Watkins, V., Nagle, C., Yates, K., Brown, L., Byrne, M., & Waters, A. (2023). The role and scope of contemporary midwifery practice in Australia: A scoping review of the literature. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.12.001>
- White, F., & Dudley-Brown, S. (2016). *Translation of Evidence into Nursing and Health Care Practice*. Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2015). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*. 3rd ed. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2016). *Midwives' voices, midwives' realities: Findings from a global consultation on providing quality midwifery care*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250376/9789241510543-eng.pdf>
- World Health Organization. (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/
- World Health Organization. (2018). *Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>

ANEXOS

ANEXO I – Modelo *Midwife-Led care*

Modelo *Midwife-Led care*

A maioria dos países desenvolvidos com sistemas de saúde comparáveis ao português utilizam modelos *Midwife-Led care* na vigilância da gravidez. Em Portugal utilizamos o modelo de vigilância por médico de família/enfermeiro de família, embora o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo-Risco na verdade seja omissivo relativamente à recomendação do profissional/profissionais mais adequados para o cuidado destas mulheres.

Os modelos *midwifery-led care* são modelos em que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) assume a responsabilidade pela vigilância de saúde materna e obstétrica da mulher grávida.

Nestes modelos, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, em parceria com a mulher, assume responsabilidade pela avaliação das suas necessidades, pelo planeamento e provisão dos cuidados e pelo pedido de colaboração de outros profissionais, quando necessário. Presume-se que a filosofia subjacente ao modelo *midwifery-led care* é a da promoção da “normalidade” e da capacidade natural e fisiológica das mulheres de vivenciar a gravidez, o parto e o pós-parto, sem intervenções de rotina. Este modelo inclui: continuidade de cuidados e do cuidador, monitorização do bem-estar físico, psicológico e social da mulher e sua família ao longo do ciclo reprodutivo; minimização de intervenções tecnológicas desnecessárias; educação para a saúde e aconselhamento personalizado, assim como identificação, encaminhamento e coordenação dos cuidados das mulheres que requerem a atenção de um obstetra, e/ou outro especialista. As diferenças entre este modelo e outros modelos de cuidados geralmente incluem variações na filosofia, na relação entre o prestador de cuidados e a mulher grávida, no uso de intervenções tecnológicas, no ambiente e nas metas/objetivos para os cuidados (Sandall et al., 2016).

Estes modelos frequentemente aplicam-se no contínuo de toda a gravidez, parto e puerpério, embora para esta entrevista pretendamos focar-nos no período pré-natal.

Pretendemos com esta entrevista conhecer a sua perceção sobre que barreiras e ameaças, forças e oportunidades, lhe parece estarem subjacentes à eventual implementação deste modelo no Serviço Nacional de Saúde Português.

ANEXO II – Guião de entrevista

ATIVIDADE	OBJETIVOS ESPECIFICOS	TÓPICOS / PERGUNTAS ORIENTADORAS	OBSERVAÇÕES
<p>A. Legitimação e motivação para a entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Legitimar a entrevista • Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação • Motivar o entrevistado 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação da investigadora. • Informação sobre as linhas gerais da investigação. • Solicitar a colaboração do entrevistado, evidenciando o carácter indispensável dessa colaboração para o êxito do trabalho. • Assegurar a confidencialidade, salientando que a entrevista tem o propósito de recolher as informações necessárias ao desenvolvimento do estudo. • Informar que a qualquer momento poderá parar a entrevista e, se o desejar, no final do estudo pode ter acesso aos resultados obtidos. • Apresentação e explicação do consentimento informado – assinatura em duplicado e fornecer cópia ao participante. • Solicitar autorização para gravar a entrevista. • Tem alguma questão ou comentário antes de iniciarmos a entrevista? 	<ul style="list-style-type: none"> • Tempo médio previsto para a entrevista: 45 minutos • Responder de forma clara, breve, concisa e precisa a todas as perguntas do entrevistado. • Autorização escrita. • Pedido de autorização para iniciar a gravação áudio da entrevista.

B. Caraterização sociodemográfica e profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Caraterizar os participantes do estudo 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento do formulário. 	
C. Aceitabilidade social	<ul style="list-style-type: none"> • Recolher informações sobre a aceitabilidade do modelo <i>midwife-led care</i> em Portugal • Identificar aspetos positivos na implementação deste modelo • Identificar aspetos negativos na implementação deste modelo 	<ul style="list-style-type: none"> • No atual contexto do Serviço Nacional de Saúde, de acordo com a sua perceção, como seria vista pela sociedade a alteração do atual modelo de vigilância pré-natal, para um modelo sob a responsabilidade dos enfermeiros de saúde materna e obstétrica? • Qual a aceitabilidade profissional? • Na sua opinião qual seria o efeito que este novo modelo poderia ter na qualidade dos cuidados em Portugal? 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspetos positivos e/ou negativos • Modelo de vigilância atual efetuado pelo médico e enfermeiro de família
D. Adoção do modelo	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar oportunidades à adoção deste modelo 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendo em conta a atual organização e estrutura do SNS que oportunidades prevê à adoção deste modelo? • E que desafios prevê à adoção deste modelo? 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatores facilitadores (desenvolvimento profissional contínuo atualizado, gestão

	<ul style="list-style-type: none"> Identificar desafios à adoção deste modelo 		<p>eficiente de recursos, acessibilidade de serviços)</p> <ul style="list-style-type: none"> Barreiras (falta de compreensão/reconhecimento sobre o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, domínio médico)
E. Exequibilidade normativa	<ul style="list-style-type: none"> Identificar a necessidade de outro enquadramento legal 	<ul style="list-style-type: none"> Considera necessário haver legislação específica, além da lei 31/2021, que determina que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica está habilitado para efetuar a vigilância da gravidez, para operacionalizar este modelo no SNS? 	<p>Diário da República nº44/2009, série I de 2009-03-04</p> <p>Lei 31/2021 determina que o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica está habilitado para autonomamente efetuar a vigilância da gravidez</p> <p>b) Diagnosticar a gravidez, vigiar a gravidez normal e efetuar os exames necessários à sua vigilância;</p>

			<p>c) Prescrever ou aconselhar os exames necessários ao diagnóstico mais precoce possível da gravidez de risco;</p> <p>d) Estabelecer programas de preparação para a paternidade e preparação completa para o parto, incluindo aconselhamento em matéria de higiene e de alimentação.</p>
F. Sustentabilidade, relação custo-efetividade	<ul style="list-style-type: none"> Identificar as vantagens da implementação do modelo em Portugal 	<ul style="list-style-type: none"> Há investigação que demonstra que a aplicação deste modelo resulta em diminuição da intervenção desnecessária e melhores resultados maternos e perinatais com a consequente redução de custos. Acha que poderíamos obter estes resultados em Portugal? O que poderia limitar a sua concretização? 	<ul style="list-style-type: none"> Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Gates, S. (2008). <i>Midwife-led versus other models of care for childbearing women (review)</i> Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2013). <i>Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women</i>

G. Finalização da entrevista	<ul style="list-style-type: none">• Agradecer a disponibilidade	<ul style="list-style-type: none">• Existe alguma coisa relacionada com este assunto que gostasse de referir e que não foi mencionado?• Terminar a entrevista.	<ul style="list-style-type: none">• Dar oportunidade ao entrevistado de fazer referência, se o desejar, a algum assunto/aspecto em particular.• Agradecer a colaboração do entrevistado.
------------------------------	---	---	---

ANEXO III – Consentimento informado

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Estudo de Investigação

Caro/a participante,

Antes de decidir se vai colaborar neste trabalho de investigação deve ler atentamente toda a informação contida neste documento, nomeadamente o estudo para o qual foi abordado/a, bem como o que será expectável acontecer, se decidir participar no mesmo. Deve sentir-se à vontade para colocar todas as questões que considere pertinentes antes de aceitar participar no estudo.

O meu nome é Carla Oliveira, sou enfermeira numa Unidade de Saúde Familiar e estou a frequentar o Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Neste âmbito pretendo efetuar uma investigação subordinada ao tema “Fatores inerentes à implementação do modelo *Midwife-Led care* na vigilância pré-natal da gravidez de baixo risco no Serviço Nacional de Saúde”, sob orientação da Professora Doutora Ana Paula Prata, Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem do Porto, co-supervisão da Mestre Andreia Gonçalves, Professora Adjunta na Escola Superior da Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Com este estudo pretende-se identificar as barreiras e os fatores facilitadores à implementação do modelo *Midwife-Led care*, no contexto português.

O presente estudo integra o projeto de investigação da doutoranda Andreia Gonçalves, intitulado “*Antenatal Care: policy, economy, barriers, and facilitators of a midwife-led care model for Portugal*” e tem parecer positivo da Comissão de Ética, com a referência 2022/CE/PO2(P380/CETI/ICBAS).

A sua participação é fundamental porque pertence a um grupo de “partes interessadas” que pode ser afetado ou afetar a implementação do modelo proposto, sendo, no entanto, a sua participação opcional e voluntária. A decisão de não participar, total ou parcialmente, não lhe trará qualquer prejuízo, pessoal ou profissional. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer em qualquer momento. A sua decisão em cooperar ou não nesta investigação, não afetará a sua relação atual ou futura com a instituição onde exerce funções.

A colheita de dados será efetuada por entrevista, conduzida pela investigadora responsável (Carla Oliveira, 913571390; e-mail: ccsroliveira@gmail.com), e terá a duração aproximada de 45

minutos. Para facilitar a recolha e a análise da informação, solicita-se autorização para proceder à gravação da mesma.

Será garantida a confidencialidade, e os dados serão anonimizados.

Em nenhum tipo de relatório ou publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluída qualquer referência que possibilite a identificação dos participantes.

No decorrer da investigação a investigadora principal poderá contactá-lo/a novamente para confirmar e/ou obter novas informações.

A investigadora responsável garante que o material resultante da entrevista será armazenado em local seguro, de forma anónima, durante pelo menos 5 anos, mas se preferir, a informação poderá ser imediatamente destruída.

A sua participação é importante para a realização do estudo.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Carla Oliveira

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaro que:

- i) Recebi uma cópia deste documento;
- ii) Li e compreendi a informação que consta neste documento e que fui devidamente informado/a e esclarecido/a acerca dos objetivos e das condições de participação neste estudo;
- iii) Concordei em participar numa entrevista que será gravada em formato digital;
- iii) Tive oportunidade de realizar perguntas e de ser esclarecido/a acerca de outros aspetos;
- iv) E que, como tal, aceito participar voluntariamente neste estudo.

Data: ____/____/____

O/a participante: _____

A equipa de investigação: _____

Gostaria de ter acesso/conhecimento dos resultados deste estudo? Sim Não

Agradeço a colaboração!

ANEXO IV – Caracterização sociodemográfica dos participantes

CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DO ENTREVISTADO

1. Sexo:

Feminino

Masculino

2. Idade: _____ anos

3. Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)

União de facto

Divorciado (a)

Viúvo (a)

4. Formação académica / profissional:

4ºano

6ºano

9ºano

12ºano

Licenciatura ou equivalente legal

Especialidade

Mestrado

Doutoramento

5. Profissão: _____

6. Local de trabalho: _____

7. No caso de ser mulher, já utilizou serviços de maternidade?

Sim

Não

7.1. Se respondeu afirmativamente, quais os serviços que utilizou?

Serviço publico

Serviço privado

Misto

7.2. Em que contexto?

Gravidez anterior

Gravidez atual

Outra situação. Qual? _____

8. Tipo de participante _____

ANEXO V – Tabela de categorias e subcategorias do estudo

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Aceitabilidade	Aceitabilidade social	<p>E1. <i>“Da aceitabilidade social, eu acredito que seria muito bem aceite, porque eu vejo uma quantidade de gestantes e de mães muito grande acedendo ao serviço de saúde (. . .).”</i></p> <p>E1. <i>“Eu acredito que há uma confiança muito grande no trabalho apresentado pelas Enfermeiras Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (. . .) acredito que pais e demais envolvidos veriam com bons olhos e (. . .) buscariam muito o serviço prestado por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (. . .) aceitabilidade da população, dos demais profissionais, e a nível gestor talvez reduzisse um pouco a possibilidade dessa implantação.”</i></p> <p>E2. <i>“(. . .) Os utentes aceitariam isso, na minha opinião, com perfeita convicção de que estariam bem acompanhados (. . .).”</i></p> <p>E2. <i>“Acredito que confiariam e estariam seguramente melhor até, em termos de acompanhamento.”</i></p> <p>E3. <i>“Eu acho que não seria muito bem visto, aliás eu acho que a maioria das pessoas iria achar que este modelo iria ser insuficiente para a segurança da grávida (. . .).”</i></p> <p>E3. <i>“Acho muito interessante este modelo, gostaria até de um dia no futuro, eu própria seguir este modelo.”</i></p> <p>E4. <i>“(. . .) depende sempre da relação que também existe (com médico de família) (. . .) se existe alguém que é especialista nisso, devia ser essa pessoa a tomar conta do que faz parte (. . .) cada vez mais existe uma mente mais aberto a esse tipo de (mudança) (. . .) se calhar isto seria uma mais-valia.”</i></p> <p>E5. <i>“Em relação à população em si, eu acho que seria relativamente bem aceite porque (. . .) ela (enfermeira) é uma pessoa que é muito bem vista pela grávida (. . .) acho que a população não ia ser resistente a isso, porque ia ser aquela figura de referência e eles ficam contentes”.</i></p>
	Aceitabilidade profissional	<p>E1. <i>“(. . .) entre os demais profissionais talvez houvesse algum atrito por conta da novidade.”</i></p> <p>E3. <i>“(. . .) primeiro vai depender como o enfermeiro se vê (. . .) vai haver enfermeiros que vão aceitar isto de bom grado e vai haver enfermeiros que não (. . .) A nível de medicina acho que até vai haver pessoas que se calhar até vão perceber isto (. . .).”</i></p> <p>E3. <i>“(. . .) vai haver pessoas que estão dependentes deste tipo de vigilância (que existe) e não vão aceitar isto muito bem, vão achar que isto é uma ameaça à sua profissão.”</i></p> <p>E4. <i>“(. . .) vai depender sempre do profissional e vai haver sempre quem aceite bem e quem aceite mal.”</i></p> <p>E5. <i>“(. . .) entre a parte dos médicos não sei até que ponto seria bem aceite, acho que seria assim o maior impedimento a toda esta alteração (. . .) eles são formados para determinadas competências e quando estamos a tirar competências (. . .)”</i></p>

		<p>E5. “Entre os médicos de família eu acho que até seria bem aceite (. . .) nós notamos que há verdadeiramente um benefício quando os enfermeiros são especialistas naquela área e que nos ajudam, facilitam muito mais o nosso trabalho (. . .)”</p> <p>E5. “Em relação à especialidade, aí já acho que seja diferente, portanto os médicos obstetras e ginecologistas seriam mais contra, porque isso é a base da especialidade deles”</p> <p>E5. “(. . .) se calhar deveria ser mantido um ponto de ligação por exemplo, uma vez por trimestre, com o médico de família que faz parte da equipa.”</p> <p>E6. “(. . .) dependendo de como o modelo se instaurasse, eu acho que ele poderia perfeitamente ser aceite (. . .) poderia perfeitamente ser aceite e, era uma maneira de, pelo menos pela parte dos médicos (de família) (. . .) remover também um bocadinho de trabalho (. . .)”</p> <p>E6. “Eu acho que é um modelo que faz sentido e que poderia acontecer, mas, se calhar, faz sentido também haver 2 ou 3 consultas durante a gravidez (. . .) ou, então pelo menos, de consultadoria se a enfermeira precisasse.”</p>
Qualidade dos cuidados	Melhoria dos cuidados	<p>E1. “(. . .) vejo uma vigilância da gravidez muito mais acurada, autónoma e muito mais próxima (. . .)”.</p> <p>E1. “(. . .) melhoramento seria na qualidade do cuidado mesmo (. . .) da segurança e da confiança da mulher.”</p> <p>E2. “(. . .) acho que teríamos ganhos em saúde consideráveis (. . .) teríamos muito a ganhar com um modelo destes.”</p> <p>E2. “(. . .) se temos profissionais altamente diferenciados, direcionados para o baixo risco (. . .) ganhávamos todos com isso.”</p> <p>E3. “(. . .) Iria melhorar a qualidade muito (. . .) pode vir a diminuir muito o número de cesarianas (. . .) ia reduzir se calhar muito, o número de instrumentalizações no parto (. . .)”</p> <p>E3. “(. . .) em Portugal está-se a ver uma espécie de revolta desta faixa, de grávidas, que já estão a dizer não às instrumentalizações desnecessárias.”</p> <p>E4. “(. . .) Quando a vigilância é feita por um médico de família, esse médico de família não é especialista em saúde materna (. . .)”</p> <p>E4. “(. . .) vai trazer vantagens à grávida, até por uma questão de confiança (. . .) acho que a nível de confiança, mesmo os receios que a própria grávida pode ter, vai atenuar muito mais (. . .)”</p> <p>E5. “(. . .) ela sentir-se-ia segura ao ser acompanhada por essa pessoa (Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica), sendo essa a pessoa de referência de seguimento da gravidez (. . .) sempre que</p>

		<p><i>estamos a trabalhar com alguém que é especialista naquela área, a tendência é para a melhoria dos cuidados.”</i></p> <p><i>E5. “(. . .) a perspetiva é essa, é melhorar os cuidados, acho que teria um impacto positivo.”</i></p>
	Continuidade de cuidados	<p><i>E4. “(. . .) eu acho que só ia melhorar, lá está, porque a resposta do serviço nacional de saúde não é assim tão rápida como nós queremos (. . .) é um acompanhamento individualizado, e isso é uma coisa para ti, é personalizado (. . .).”</i></p> <p><i>E4. “(. . .) a pessoa conhece-te e vai estar ali do início ao fim.”; “Eu acho que isso é uma coisa que evidentemente vai trazer vantagens à grávida, até por uma questão de confiança (. . .).”</i></p> <p><i>E6. “(. . .) há áreas em que isto (bons cuidados de saúde) não acontece (. . .) isso leva a um défice do seguimento das grávidas (. . .) talvez parte desse problema ficasse até resolvido (. . .) se houver, lá está, também enfermeiros com essa disponibilidade (. . .) não sei se há défice ou não (. . .).”</i></p>
Fatores facilitadores	Acessibilidade de serviços	<p><i>E1. “(. . .) eu vejo uma quantidade de gestantes e de mães muito grande acedendo ao serviço de saúde (. . .) acredito que pais e demais envolvidos veriam com bons olhos e eu acho que buscariam muito o serviço prestado por Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (. . .) um acesso ao melhor nível de cuidados através do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, pela unidade de saúde familiar.”</i></p> <p><i>E2. “(. . .) poderíamos ter os recursos geridos de maneira a não fechar tantos os serviços de urgência, a não prejudicar tanto a população (. . .) Os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica têm uma intervenção muito importante na comunidade (. . .).”</i></p> <p><i>E4 “(. . .) uma pessoa que está grávida, recorrer assim ao médico de família não seja assim tão fácil (. . .) se tivermos alguém com quem podemos contar sempre, a confiança que nos vai passar também é completamente diferente enquanto grávidas (. . .) é um acompanhamento individualizado (. . .) faz com que a gravidez seja realmente vigiada de perto e corra tudo bem.”</i></p> <p><i>E5. “(. . .) se a enfermeira especialista também tivesse colaboração com o hospital (. . .) Intercolaboração com o hospital (. . .) acho que também seria uma vantagem.”</i></p>
	Formação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica	<p><i>E1. “a competência inerente ao trabalho dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, que é uma competência diferente do que se tem no modelo atual hoje, de enfermeiros e médicos gerais (. . .) acaba por ser um profissional que tem uma qualificação muito maior (. . .) é um profissional habilitado, competente, seguro, que tem habilidade para tal, tem conhecimento teórico, tem aplicabilidade prática (. . .).”</i></p> <p><i>E2. “(. . .) temos profissionais altamente diferenciados, direcionados para o baixo risco (. . .).”</i></p>

		<p>E4. "(. . .) uma enfermeira especialista sim, tem conhecimento na área, é a pessoa que terá mais formação (. . .) são pessoas especializadas."</p> <p>E5. "(. . .) da experiência que tive, já trabalhei com enfermeiras especialistas em saúde materna e noto que há uma diferença muito grande em relação à gravidez porque, quando a grávida chega a mim, eu já só tenho que tratar praticamente das partes burocráticas e das análises, e pedir as ecografias e os exames, e garantir que está tudo certinho."</p>
	<p>Gestão eficiente de recursos</p>	<p>E1. "(. . .) o que facilitaria eu vejo que é o nº de Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica que já se tem, a possibilidade da formação de novos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica (. . .)."</p> <p>E1. "(. . .) não se precisa criar uma estrutura porque já se pode aproveitar uma estrutura já existente, o material (. . .) a própria organização do centro de saúde já facilitaria, pois poderia ser aproveitada por esse modelo (. . .)."</p> <p>E1. "(. . .) aliviaria um pouco da carga dos demais profissionais da unidade de saúde, por exemplo, o médico de família, o enfermeiro de família (. . .) a nível da equipe também haveria um ganho, o que poderia ser um facilitador também."</p> <p>E2. "(. . .) dotando os serviços dos recursos é perfeitamente fácil de operacionalizar (. . .)."</p> <p>E4. "(. . .) libertar os médicos de família destes assuntos (. . .)."</p> <p>E5. "(. . .) o governo atual e com o serviço nacional de saúde atual é que eles querem aumentar as listas de utentes, portanto, médico de família e equipa de saúde familiar vai ter menos tempo para poder fazer as coisas bem feitas (. . .) um grande leque de oportunidade, porque os médicos iam estar ocupados com outras coisas (. . .)."</p> <p>E5. "(. . .) em termos políticos, de arranjar as infraestruturas e implementar, até não acho que isso seja um problema (. . .) Seria mais uma questão de infraestruturas que temos e adaptá-las."</p> <p>E5. "(. . .) com o serviço nacional de saúde atual (. . .) médico de família e equipa de saúde familiar vai ter menos tempo para poder fazer as coisas bem feitas."</p> <p>E6. "(. . .) uma reestruturação de serviços em que, pelo menos um enfermeiro em cada unidade de saúde iria dedicar-se à parte de saúde materna (. . .) a maior oportunidade é haver falta de cuidados em alguns sítios (. . .) é precisar dele e a acessibilidade que seria possível."</p> <p>E6. "(. . .) no Norte, que é onde estamos agora, os cuidados acabam por ser bastante abrangentes e as grávidas terem bons cuidados de saúde no geral (. . .) mais para Lisboa, para a zona sul há um défice de médicos de família e, isso leva a um défice do seguimento das grávidas (. . .). Quando falamos de zonas que</p>

		<i>já estão a ser no fundo bem acompanhadas (. . .) iria tirar carga aos médicos e permitiria ver os outros grupos com maior especificidade (. . .)."</i>
	Evidências de outros países	<p>E2. <i>"(. . .) se houver disponibilidade política para que aconteça, temos tanta capacidade para o fazer, como a têm outros países onde isso já acontece com bons resultados. É uma questão de vontade (. . .) não estando implementado neste contexto em Portugal, mas temos já evidências de alguns centros, de unidades que funcionam com uma metodologia um bocadinho diferente e que têm resultado incríveis."</i></p> <p>E4. <i>"É um percurso de 9 meses em que está sempre ali alguém connosco, é um percurso em que a grávida vai se sentir mais tranquila (. . .) está tudo alinhado para que efetivamente os resultados sejam de sucesso (como em outros países)."</i></p> <p>E5. <i>"(. . .) acho que sim, que os resultados poderiam ser os mesmos que existem nos outros países (. . .) se está provado noutros países que isso é eficaz, não há motivos a priori para recusarmos, mas é uma batalha longa que vocês vão ter nesse aspeto."</i></p> <p>E6. <i>"(. . .) Penso que sim (. . .) a nossa população é uma população europeia que tem bons acessos (teríamos resultados como em outros países)."</i></p>
	Educação da população	<p>E2. <i>"(. . .) é preciso informar a população convenientemente, eu acho que é uma coisa em que Portugal falha muito (. . .) tínhamos muitos ganhos em explicar isto às pessoas, que passariam a ter uma gravidez vigiada por um profissional diferenciado naquela área."</i></p> <p>E3. <i>"(. . .) educação da população (. . .) educar no sentido de autorresponsabilização, da literacia nestas áreas (. . .) só a perpetuação deste tipo de pensamentos no futuro é que vai permitir que as grávidas escolham este caminho (. . .) É preciso muita sensibilização, muitas ações de sensibilização (. . .) eu (mulher grávida) estou informada, estou empoderada, sei o que tenho de fazer, sei os riscos e escolho isto."</i></p> <p>E4. <i>"(. . .) É informarem-te de tudo, de todas as alternativas e tu, mediante essa informação, vais tomar uma decisão consciente e informada."</i></p> <p>E6. <i>"(. . .) teria de haver uma grande educação para a saúde nesse sentido, umas campanhas dirigidas mesmo pela saúde pública, no sentido de informar as grávidas acerca desta mudança e dar-lhes a conhecer (o modelo)."</i></p>
Barreiras	Resistência dos profissionais	<p>E1. <i>"(. . .) também que pode haver essa resistência dos demais profissionais que trabalham na equipa."</i></p> <p>E2. <i>"(. . .) enquanto enfermeiros, nós vamos encontrar muitas barreiras que nos limitam porque depois há, está tudo muito médico-centrado (. . .) Somos naturalmente muito resistentes à mudança (. . .) mais se calhar, a nós profissionais do que aos utentes."</i></p> <p>E3. <i>"(. . .) Provavelmente a ordem dos médicos irá tentar impor-se, tentar dizer que não (. . .)."</i></p>

	<p>E4. <i>“A mentalidade das pessoas (. . .) depende um bocadinho de cada pessoa e da aceitação de cada pessoa, e dos próprios médicos, profissionais de saúde (. . .).”</i></p> <p>E5. <i>“(. . .) também há a parte da resistência, pode haver aqueles médicos que decidem “não, eu quero manter tudo como era no modelo antigo (. . .) a opinião das pessoas (pode limitar a concretização), porque ainda assim uma franja de profissionais de saúde que são assim muito fundamentalistas (. . .) especialmente os colegas obstetras (. . .) acho que era mesmo o maior impedimento deles todos.”</i></p> <p>E6. <i>“(. . .) mesmo por parte das classes profissionais (. . .) pode haver por parte dessa classe obstétrica boicote (. . .) se calhar a parte da obstetrícia teria de ter uma opinião a dizer acerca disto.”</i></p>
Resistência por parte das grávidas	<p>E1. <i>“(. . .) pode haver aquelas que têm uma dificuldade maior, por talvez não compreender, não conhecer da atuação dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica.”</i></p> <p>E3. <i>“(. . .) existe uma dependência muito grande do médico neste tipo de vigilâncias”.</i></p> <p>E6. <i>“(. . .) a adesão das grávidas, em primeiro lugar, que podem inicialmente não se sentir seguras.”</i></p>
Literacia da população	<p>E1. <i>“(. . .) haveria que se ter um trabalho de consciencialização da população (. . .) acredito, que teria que haver uma literacia em termos de população em geral, isso sim, da população em geral, até mesmo dos profissionais aqui incluídos.”</i></p> <p>E2. <i>“(. . .) gera-se muito esta coisa médico-centrista das pessoas acharem que o conhecimento está exclusivamente no médico e não está (. . .) os debates e os temas não chegam a sítios estratégicos por muita vontade que a gente tenha e temos bons profissionais, temos pessoas espetaculares, mas depois é difícil a implementação e fica pouco na esfera pública.”</i></p> <p>E3. <i>“(. . .) maioria das pessoas iria achar que este modelo iria ser insuficiente para a segurança da grávida (. . .) a maioria da sociedade está, para já, está muito mal educada relativamente ao papel do médico e do enfermeiro neste contexto (. . .) as pessoas têm baixa literacia em saúde, portanto dependem muito da opinião médica (. . .)”</i></p> <p>E4. <i>“(. . .) A mentalidade das pessoas (. . .).”</i></p>
Disponibilidade de recursos	<p>E1. <i>“(. . .) o pagamento do ordenado dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, se tem alguma diferença entre os EESMO e os enfermeiros gerais (. . .).”</i></p> <p>E3. <i>“(. . .) é preciso muitos enfermeiros com muita informação (. . .).”</i></p> <p>E4. <i>“Provavelmente também o dinheiro do estado, são pessoas especializadas, logo têm que receber por isso, disponibilizar todos os meios para isso também (. . .) a nível monetário e tudo o que seja infraestruturas, todos os meios que são necessários para isso.”</i></p>

		E5. <i>“(. . .) pode ser a dificuldade das infraestruturas (. . .) pode haver uma falta de recursos humanos que dificultem um bocadinho todo este processo.”</i>
	Políticas de saúde	E1 <i>“(. . .) no âmbito de gestão política, de conscientizar gestores da importância do modelo (. . .).”</i> E2. <i>“(. . .) se politicamente houvesse interesse, as barreiras rapidamente se transporiam (. . .).”</i> E4. <i>“Sinceramente, eu não consigo ver nenhum fator negativo no modelo (. . .) só se forem os entraves legislativos (. . .).”</i> E5. <i>“(. . .) o resto é sempre tudo muito político (desafios na implementação).”</i>
	Fatores psicológicos da mulher	E3. <i>“(. . .) A nível da mulher em si, pode ter a ver com fatores psicológicos da mulher (. . .) se existir pressão por parte dos familiares para ela não fazer isso, se existir pressão por parte do marido e a pessoa não for segura de si, isso vai ser um entrave.”</i>
Enquadramento legal	Legislação existente	E1 <i>“(. . .) no Brasil é uma obrigatoriedade, o enfermeiro realizar consulta de enfermagem (. . .). Poderia haver o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica no centro de saúde, nas unidades de saúde familiar (. . .) uma coisa que assegurasse a necessidade e importância, obrigatoriedade (. . .).”</i> E2. <i>“(. . .) Não acho que seja preciso outro enquadramento legal (. . .) era preciso era vontade de implementar, quer nas direções, quer nas chefias intermédias, quer depois operacionalizado na prática.”</i> E4. <i>“(. . .) acho que isso é só uma coisa efetivamente de sair cá para fora, que as pessoas tivessem conhecimento (. . .) onde é que podemos procurar, onde é que eles estão disponíveis (. . .) o modelo sendo implementado, iria ser praticamente uma lei (. . .).”</i> E5. <i>“(. . .) Não é preciso uma lei (específica) (. . .) É uma questão de adaptar o programa (vigilância da gravidez de baixo risco) e implantá-lo (. . .). Agora, uma legislação específica não.”</i> E6. <i>“(. . .) a nível de lei penso que não.”</i>
	Protocolos	E3. <i>“Eu acho que é importante dentro da comunidade e da equipa multidisciplinar isto esteja bem definido (. . .) existir protocolos (. . .) informar as pessoas daquilo que está protocolado.”</i> E5. <i>(. . .) Se já existe o protocolo (vigilância da gravidez de baixo risco), é uma questão de aplicar o protocolo.”</i> E6. <i>“(. . .) acho que pelo menos no programa nacional de vigilância da gravidez de baixo risco devia estar explícito que o seguimento é feito pela equipa de enfermagem, e de que forma, e em que momentos é que justifica a consulta médica.”</i> E6. <i>“(. . .) aquilo que seria necessário, seria a criação de protocolos especializados, de protocolos de atuação, não é, de normas de orientação, como existem noutros programas de saúde.”</i>

